Я. М. КАЛАШНИК

Судебная ПСИХИАТРИЯ

ГОСЮРИЗДАТ
1961

Я. М. КАЛАШНИК

Судебная ПСИХИАТРИЯ

ДОПУЩЕНО МИНИСТЕРСТВОМ ВЫСШЕГО
И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РСФСР
В КАЧЕСТВЕ УЧЕБНИКА ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ
ИНСТИТУТОВ И ФАКУЛЬТЕТОВ

Государственное издательство
ЮРИДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
Москва · 1961

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел III

СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ОТ АВТОРА

Настоящее руководство предназначено для учащихся высших юридических учебных заведений. Однако оно может оказаться полезным также для работников следствия, суда, прокуратуры, Министерства внутренних дел, милиции, мест заключения и административных учреждений. Знание основ судебной психиатрии для них необходимо в тех, нередко сложных случаях, когда речь идет о поведении, действиях и поступках лиц с психическими отклонениями.

В учебнике обращено внимание на вопросы, касающиеся проведения психиатрической экспертизы, оценки заключения и выводов экспертов-психиатров, порядка назначения и прекращения предусмотренных законом медицинских мер в отношении тех психически больных и невменяемых лиц, которые представляют опасность для окружающих.

Излагаемые в книге основные положения физиологического учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности позволят лучше уяснить сущность нарушений психической деятельности.

Чтобы облегчить понимание отдельных болезненных психических нарушений, в главах по психопатологии предварительно даны краткие сведения по общей психологии.

Объем отдельных клинических глав в третьем разделе учебника определяется тем, как часто встречаются данные заболевания в практике и как велики возникающие в отношении них диагностические и судебнопсихиатрические трудности. По этим соображениям, наибольшее внимание уделено шизофрении, психопатиям, реактивным состояниям, алкогольному опьянению и симуляции психических заболеваний.

Руководство написано на основе обобщений теоретических положений и обширного практического экспертного опыта Центрального научно-исследовательского института судебной психиатрии имени проф. В. П. Сербского.

В книге приводятся клинические наблюдения и примеры, что облегчает усвоение излагаемого материала.

Раздел I

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ, ЮРИДИЧЕСКАЯ ПРИРОДА И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Глава 1

ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ, МЕТОД И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА СОВЕТСКОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Судебная психиатрия является одним из разделов психиатрии — науки о психических болезнях и их лечении.

Задача судебной психиатрии сводится к всестороннему изучению психических расстройств и их оценке применительно к правовым нормам и социалистическому правосудию.

Психические проявления и сознание человека изучаются в судебной психиатрии на основе марксистского диалектического метода и неразрывно с ним связанного марксистского философского материализма, который рассматривает изменение и развитие природы, общества и мышления как объективный закон самой действительности.

Основные положения советского права по экспертизе в полной мере распространяются и на судебнопсихиатрическую экспертизу.

Практическая задача судебной психиатрии сводится к осуществлению экспертизы. При выполнении ее первостепенным является диагностика заболевания, которая, однако, не может быть углубленной и обстоятельной без изучения причин возникновения психического заболевания, особенностей течения, способов лечения и предположения возможного выхода из заболевания, т. е. прогноза. Эти сведения судебная психиатрия черпает из общепсихиатрического опыта, а также путем изучения психических заболеваний в судебнопсихиатрической клинике.

В нашей стране при осуществлении правосудия максимально используется наука. Поэтому суды и следственные органы широко и по самым разнообразным делам привлекают в качестве экспертов представителей отдельных отраслей науки.

Судебнопсихиатрическая экспертиза, как и любая иная, призвана содействовать органам правосудия в установлении истины по делу.

По действующим законам общественно опасные деяния, совершенные психически больными в невменяемом состоянии, не считаются преступлениями, а лица, совершившие их в таком состоянии, не могут считаться преступниками, поскольку они утратили способность сознательно руководить своим поведением, правильно воспринимать и оценивать окружающее и отдавать отчет в своих действиях. К таким лицам по назначению суда могут быть применены лечение и опека. В этом заключается одно из проявлений гуманности советского закона.



Иван Михайлович Сеченов

В связи с изложенным задача судебнопсихиатрической экспертизы сводится к тому, чтобы помочь следствию и суду решить вопрос, имеют ли они дело с преступником или же общественно опасное деяние совершено невменяемым, психически больным человеком.

Судебнопсихиатрическая экспертиза необходима при решении вопроса о досрочном освобождении от наказания осужденных к лишению свободы, которые заболели хронической психической болезнью, препятствующей отбыванию наказания. Закон не допускает применения к таким лицам наказания в любой его форме.

Судебнопсихиатрическая экспертиза может быть назначена при разрешении вопроса о возможности привлечения в качестве свидетелей лиц с тем или иным психическим дефектом и об использовании их показаний.

Кроме того, к судебнопсихиатрической экспертизе суд прибегает при разрешении некоторых гражданских дел.

В научных исследованиях и в практической деятельности советская судебная психиатрия исходит из материалистического понимания психической жизни. Психика человека — это свойство, функция, проявление высокоорганизованной материи — мозга. На то, что психическая деятельность является функцией мозга, обращали внимание давно. Но особенно ценный вклад в материалистическую науку о психической деятельности внесли русский физиолог И. М. Сеченов (1829—1905 гг.), а затем его последователь и крупнейший ученый И. П. Павлов (1849—1936 гг.).



Иван Петрович Павлов

Учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности заложило основу для всестороннего изучения и материалистического понимания психических процессов человека. Оно позволило раскрыть и понять самые сложные явления психической деятельности.

Психика человека не является неизменным качеством. Она совершенствуется в процессе развития, присущего живой природе. Доказано, что формирование психики человека обусловлено трудом, внешними воздействиями и условиями существования. Труд явился первым и главнейшим фактором в формировании человека и его сознания. В трудовой деятельности возникли речь и язык.

Теоретические исследования по судебной психиатрии и экспертная практика в нашей стране опираются на данные учения о высшей нервной деятельности, психиатрической клиники, психологии, юридической науки и основные положения биологии. В психиатрии важно, например, правильно понимать значение и роль наследственности. Как известно, под наследственностью понимают способность организмов при размножении давать, как правило, подобное себе потомство.

Биология, базирующаяся на мичуринском учении о наследственности и ее изменчивости, под наследственностью понимает

свойство живого тела требовать определенных условий для своей жизни, развития и реагировать определенным образом на те или иные условия. Следовательно, наследственность представляет собой как бы концентрат внешней среды, ассимилированной организмами предшествующих поколений.

Долгое время в психиатрии роль наследственности преувеличивалась. Многие психозы в прошлом считались наследственными, зависящими от предрасположения, передаваемого от больных родителей

С середины XIX века в психиатрии была распространена буржуазная теория о вырождении. Считалось, что человечество идет к упадку и полному уничтожению рода. В доказательство приводились семейства, среди членов которых в ряде поколений обнаруживались лица с признаками вырождения — дегенерации, обусловленной наследственным отягощением. У дегенератов обычно отмечалась неуравновешанность, одностороннее, неравномерное развитие психики, проявление отдельных болезненных склонностей в поведении, в том числе склонность к криминальным поступкам. Субъектов с тяжелым наследственным отягощением называли «дегенератами».

Последователи этой реакционной теории, встречающейся и в настоящее время среди психиатров буржуазных стран, преувеличивают роль наследственности и упускают из вида, что в тех семействах, в которых были психически больные и «дегенераты», имелись и совершенно здоровые люди. Данные факты опровергали теорию вырождения.

Наблюдение показало, что основной причиной ухудшения психического здоровья в ряде поколений является не столько передача по наследству болезни и признаков вырождения, сколько воздействие на родителей и потомство таких вредных факторов, как алкоголизм, инфекции и др.

С неправильными взглядами на наследование психических заболеваний и отдельных психических отклонений связано так называемое антропологическое направление или ломброзианство, получившее широкое распространение на Западе. Родоначальником его был итальянский психиатр и криминалист Ломброзо Чезаре.

Ломброзо и его последователи утверждали, что преступник — это особый тип человека, обладающий унаследованными от предков дегенеративными чертами строения черепа, лица, кожи. Лица совершают преступление якобы потому, что являются носителями предрасположения к преступным актам.

В дальнейшем данная теория была несколько обновлена, приспособлена к современным условиям капиталистических стран и получила название неоломброзианства.

Утверждение о врожденной склонности к преступлениям подхватили ученые буржуазных стран и широко использовали для доказательства того, что основной причиной преступности в условиях капитализма являются не социальные факторы, классовые противоречия и жестокая эксплуатация трудящихся, а биологические законы.

Так как по учению Ломброзо, преступник — это биологически неполноценный субъект, которому природой предопределено совершать преступления, то считалось, что радикальной мерой борьбы с преступностью являются крайние меры — смертная казнь, пожизненное заключение. Представители так называемой «социологической школы»[1] полагали даже необходимым применять «меры социальной защиты» не только к совершившим преступление, но и к лицам, которые не совершили преступления, но «отягощены опасным состоянием», фатально ведущим к преступлению.

Современные империалистические круги при помощи ломброзианской теории оправдывают массовое уничтожение национальных меньшинств и обосновывают превосходство одних рас и дискриминацию так называемых «низших» рас.

Более умеренные последователи теории Ломброзо, исходя из положения о биологической обусловленности преступности, предлагают бороться с преступностью медицинскими мерами и подвергать преступников «лечебным» мероприятиям, включая сюда и кастрацию.

С ломброзианством вели непримиримую борьбу отечественные ученые еще до Великой Октябрьской революции.

Советская наука полностью отвергает ломброзианство во всех его проявлениях, как антинаучную и реакционную теорию.

В настоящее время в некоторых странах Запада и в Америке широко распространена теория психоанализа, автором которой является австрийский психиатр З. Фрейд.

Психоанализ — это идеалистическое направление в буржуазной психологии и психиатрии, с помощью которого психические проявления человека пытаются объяснить инстинктами, среди которых главенствующей ролью наделяют сексуальные влечения во всех их проявлениях.

---

[1] Социологическая школа — реакционное направление в буржуазном уголовном праве, по учению которой преступления совершают лица, отягощенные преступными наклонностями; последние считаются обусловленными биологическими, социальными, географическими и даже космическими факторами.

Психоаналитическая теория вначале касалась только вопросов узко медицинской и психиатрической практики. В дальнейшем она стала претендовать на положение всеобъемлющей философской доктрины, объясняющей и раскрывающей со своих позиций сущность сложных явлений человеческого общества.

Психоаналитики-фрейдисты объясняют биологически унаследованными сексуальными инстинктами не только болезненные состояния, но и такие социальные явления, как противоречия классового характера в современном капиталистическом обществе.

Фрейдизм противоречит научным представлениям о руководящей роли сознания в деятельности человека и о влиянии окружающей среды на развитие психических функций.

Реакционные теории оказывали влияние и на советскую судебную психиатрию в первые годы ее формирования. Особенно заметным было влияние ломброзианства на работу существовавших в те годы кабинетов по изучению личности преступника и преступности. Хотя формально ломброзианство в этих учреждениях отвергалось, все же делались попытки установить зависимость между преступностью, с одной стороны, и биологическими и психопатологическими особенностями преступника — с другой, путем внедрения антропологических, психологических и других подобных методов обследования. Но вскоре пришлось убедиться в полной несостоятельности такого подхода к изучению преступности и преступника, и кабинеты были закрыты.

Руководящим принципом советской судебнопсихиатрической экспертизы является ее объективность. По этим соображениям в советском праве отвергается состязательная экспертиза, имеющая место в ряде буржуазных стран.

У нас нет деления на экспертов обвинения и защиты. Лица, привлекаемые по делу в качестве обвиняемых, и их адвокаты могут заявить ходатайство о вызове по их указаниям дополнительных экспертов.

Эксперты в своих суждениях независимы от следственных органов, что является лучшей гарантией объективности их выводов, в то время как в ряде буржуазных государств эксперты, работающие под руководством следственных органов и прокуратуры, становятся иногда жертвой досадного профессионального извращения, которое заставляет их искать улики против обвиняемого и устранять элементы, которые могли бы быть для него благоприятны [1].

---

[1] См. Н. Н. Полянский, Доказательства в иностранном уголовном процессе, М., 1946.

Судебнопсихиатрическая экспертиза в СССР находится в ведении органов здравоохранения. Оперативное руководство ею осуществляет Министерство здравоохранения и отделы здравоохранения на местах, а методическое и научное — Министерство здравоохранения СССР через Центральный научно-исследовательский институт судебной психиатрии имени проф. В. П. Сербского. В задачу последнего входит разработка методических писем и инструкций по судебнопсихиатрической экспертизе, проведение совещаний и научных конференций, научная разработка отдельных проблем судебной психиатрии, обобщение экспертного опыта и проведение экспертизы по наиболее сложным делам.

Основные вопросы организации и порядок проведения судебнопсихиатрической экспертизы регламентированы специальной инструкцией[1].

Министерство здравоохранения возложило на психоневрологические и психиатрические больницы и психоневрологические диспансеры, а также вменило в обязанность врачам-психиатрам проведение судебнопсихиатрической экспертизы по постановлению органов расследования, определению суда и по предложению администрации мест лишения свободы. Для создания лучших условий проведения экспертизы Министерство здравоохранения организует специальные отделения судебнопсихиатрической экспертизы при психоневрологических больницах.

Органы здравоохранения заботятся и о подготовке квалифицированных психиатров, которые могут быть использованы в качестве экспертов.

---

[1] См. Инструкция о производстве судебнопсихиатрической экспертизы в СССР от 31 мая 1954 г. (см. приложение I на стр. 356).

Глава 2

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Когда психиатрии как науки не существовало, на психически больных смотрели как на «юродивых» и «блаженных», пользующихся божественным покровительством, или как на людей, обиженных богом и одержимых бесом. В течение длительного периода, вплоть до начала XVIII века, для призрения многих из них содержали в монастырях. Поэтому для разъяснения по психиатрическим вопросам и для заключения о наличии психической болезни представители власти обычно обращались в монастыри. В зависимости от данного заключения принималось и соответствующее решение.

Известно, например, что в 1685 году некая Авдотьица, обвиняемая в краже собольего меха, была направлена в Троицкий девичий монастырь с запросом о том, действительно ли она «бесноватая». Монастырь ответил, что у Авдотьицы юродства, как у беснующихся, не водилось, и она была в полном разуме. На основании этого заключения было приказано по всей строгости закона «отсечь ей руку».

При направлении на обследование в монастырь, наряду с приказанием «смотреть, какая болезнь или сумасбродство явится и какие нелепые слова в том сумасбродстве будут говорены», иногда следовало также распоряжение «это все по числам записывать», т. е. требовалась документация наблюдения. Описанный порядок освидетельствования в монастырях с целью выявления психического заболевания применялся главным образом в отношении лиц, обвиняемых в государственных преступлениях.

Кроме освидетельствования и наблюдения, в монастырях для установления наличия психической болезни предпринимали массовый опрос жителей, знавших обвиняемого.

Так, в отношении некоего Микифорко Иглина, который в кабаке в Рыльске «про государя непригожее слово говорил», в 1651 году было опрошено на месте свыше 700 человек. Они засвидетельствовали, что «Иглин в уме рушился» и раньше находился в монастыре и из монастыря ушел. После этого последовало распоряжение у приказной избы объявить, что Иглин

за свою вину достоин казни, но государь велел его не казнить, а «бить батоги нещадно, чтоб на то смотря ему и иным вперед неповадно было про нас непристойные слова говорить», и отдать его в монастырь.

К концу XVII века для освидетельствования психического состояния задержанных изредка начали привлекать врачей.

Мероприятия и реформы петровской эпохи коснулись порядка освидетельствования психически неполноценных лиц. Петр I издал указ «О свидетельствовании дураков в Сенате». Речь шла об освидетельствовании дворянских детей, которые под всякими предлогами, в том числе и ссылками на малоумие от рождения, уклонялись от обучения и государственной службы. Освидетельствование дворян в Сенате для признания их умалишенными проводилось до 1815 года, после чего оно стало осуществляться в губернских городах.

Со второй половины XVIII века в России стали открываться специальные психиатрические учреждения, так называемые дома для сумасшедших. Возглавляли их врачи, избравшие своей специальностью психиатрию. Однако таких врачей было мало и для заключения о наличии психического заболевания они привлекались редко.

Научная судебнопсихиатрическая экспертиза в то время существовала фактически только в столице и университетских городах. На остальной территории государства она находилась в руках правительственных — полицейских, городовых, уездных врачей, как правило, незнакомых даже с основами науки о душевных болезнях.

В связи с земской реформой 1864 года, которая, по выражению В. И. Ленина, была одной из уступок, отбитых у самодержавного правительства волной общественного возбуждения и революционного натиска[1], передовые русские врачи того времени создали так называемую земскую медицину. Она явилась первой попыткой организовать медицинскую помощь на селе в условиях капитализма.

С расширением сети психиатрических больниц в более широких размерах стали осуществлять и научно разрабатывать судебнопсихиатрическую экспертизу. В этом принимали участие крупнейшие русские психиатры-клиницисты, среди которых выделялись И. М. Балинский (1827—1902 гг.), В. Х. Кандинский (1849—1889 гг.), С. С. Корсаков (1854—1900 гг.), В. П. Сербский (1858—1918 гг.) и др.

Одновременно с введением в некоторых губерниях земского самоуправления, тогда же (1864 г.) царское правительство

[1] См. В. И. Ленин, Соч., т. V, изд. 5-е, стр. 33.

провело судебную реформу, предусматривавшую гласность, устность и состязательность судопроизводства. По установившимся правилам совершившие преступление и подозреваемые в наличии психического заболевания чаще всего подвергались освидетельствованию в распорядительном заседании Окружного суда в присутствии одного или двух врачей — представителей врачебной управы, которыми были не обязательно психиатры.

Процедура освидетельствования сводилась к тому, что после короткого доклада дела одним из членов суда и формального опроса обвиняемого председательствующим, врачам предлагалось на отдельном листе дать ответ, в каком психическом состоянии находился обвиняемый во время совершения преступления и каковы его умственные способности в настоящее время. Исследование, проведенное в указанных условиях было, естественно, неполным. Даже в случаях, когда обвиняемый предварительно подвергался наблюдению в психиатрической больнице, наблюдавшие врачи не принимали участия в обсуждении, а представляли только историю болезни («скорбный лист»). Ответы обсуждались без их участия, и суд нередко не соглашался с мнением врачей.



Сергей Сергеевич Корсаков

В то время в официальных кругах придерживались мнения, что выявление помешательства не является компетенцией только врачей. Считали, что мнение опытного судьи или свидетельство проницательного лица, могущего сравнить настоящее умственное состояние подсудимого с прежним, может оказаться достовернее свидетельства врача, который видит больного в первый раз.

Исходя из такого рассуждения, царский суд, особенно в период глубокой реакции после 1905 года, преследуя свои цели, нередко отказывался от назначения экспертизы даже в случаях, когда для этого были основания.

В условиях классового террора и жестокой расправы с революционерами, суды царской России назначали иногда экспертизу с целью создать хотя бы внешнюю видимость беспристрастности своих действий и вместе с тем старались использовать ее в классовых интересах. В иных же случаях, без каких бы то ни было оснований, отвергали данное экспертами заключение.

В связи с тем, что царское самодержавие не доверяло проведение психиатрической экспертизы земским психиатрическим больницам, в которых работали и прогрессивно настроенные врачи, правительство, начиная со второй половины XIX века, развернуло строительство так называемых окружных психиатрических лечебниц. На них предполагалось возложить проведение как судебнопсихиатрической экспертизы (главным образом обвиняемых по государственным делам), так и содержание в них опасных психически больных.

Передовые психиатры того времени — В. И. Яковенко, П. П. Кащенко, М. П. Литвинов, В. М. Бехтерев и др. поднимали голос протеста против косности и консерватизма царского законодательства, против условий проведения судебнопсихиатрической экспертизы, не соответствующих научным данным.

В этом направлении особо выделялся крупнейший психиатр и общественный деятель, профессор Московского университета В. П. Сербский, основоположник отечественной судебной психиатрии.

Владимир Петрович Сербский родился в 1858 году в Богородске Московской губернии в семье врача. Медицинский факультет Московского университета окончил в 1883 году и начал работать в психиатрической лечебнице М. Ф. Беккер под руководством выдающегося отечественного психиатра С. С. Корсакова.

В дальнейшем в течение 1885—1887 гг. В. П. Сербский работал в Тамбовской земской психиатрической больнице. «Вся моя деятельность в Тамбове, — вспоминает В. П. Сербский, — была направлена к тому, чтобы вкоренить самые простые мысли и в земстве, и в больнице, и в Тамбовском обществе: что душевнобольных надо кормить, надо одевать, — по крайней мере не хуже, чем других больных, что с ними надо обращаться по человечески... что можно больных не связывать...»[1].

В 1887 году при Московском университете открылась самостоятельная психиатрическая клиника, где С. С. Корсаков начал читать курс психиатрии, а В. П. Сербский стал ассистентом.

В 1892 году В. П. Сербский защитил диссертацию «О кататонии»[2] на степень доктора медицины. В ней он показал себя клиницистом с глубоким аналитическим мышлением, стоящим на позициях материалистического понимания психических заболеваний.

---

[1] В. П. Сербский, По поводу проекта организации земского попечения о душевнобольных Московской губернии, М., 1893.

[2] См. В. П. Сербский, Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии, М., 1890.

В том же 1892 году В. П. Сербский начал читать курс по судебной психиатрии для студентов медицинского и юридического факультетов. После смерти С. С. Корсакова в 1900 году он возглавил клинику.

В. П. Сербский является автором первого обстоятельного руководства «Судебная психопатология» (изд. 1895 г. — I том, 1900 г. — II том), учебника «Психиатрия» (изд. 1912 г.) и ряда других работ. Ему же принадлежит углубленная теоретическая разработка вопросов вменяемости и организационных принципов судебнопсихиатрической экспертизы, положенных в основу советской судебной психиатрии.

В. П. Сербский был активным пропагандистом передовых по тому времени идей психиатрии. В статьях, устных выступлениях и докладах он указывал на несовершенство царского законодательства, касающегося судебнопсихиатрической экспертизы. Такие выступления нередко навлекали на него гнев царских сатрапов. В 1911 году В. П. Сербский, протестуя против реакционных мероприятий царского правительства, ушел из клиники вместе с большинством сотрудников.

Умер В. П. Сербский в 1917 году, чуть ли не в тот день, когда было получено известие о его восстановлении в прежней должности профессора университета.

Центральному научно-исследовательскому институту судебной психиатрии Министерства здравоохранения СССР присвоено его имя.



Владимир Петрович Сербский

В. П. Сербский неоднократно указывал на необходимость до освидетельствования обвиняемых в заседании суда предварительно подвергать их обследованию в психиатрической больнице. Он считал, что врач обязательно должен давать мотивированное письменное заключение, обоснованное не только данными о прошлой жизни обвиняемого, но и результатами больничного обследования.

Врач-эксперт, по мнению В. П. Сербского, должен быть ознакомлен с материалами дела, присутствовать в зале суда в течение судебного следствия и принимать в нем деятельное участие. Психиатрическим экспертом должен быть только психиатр, и только ему может принадлежать право давать заключение о наличии помешательства.

Прямота и принципиальность В. П. Сербского выделяла его среди современников как борца за прогрессивные идеи в психиатрии, несмотря на то, что в политических взглядах он был далек от правильного понимания исторического развития русского общества, от задач, стоящих перед растущим и крепнущим классом пролетариата.

Осуществление гуманных идей передовой части русских психиатров, в том числе С. С. Корсакова и В. П. Сербского, оказалось возможным только после Октябрьской революции.

В результате Великой Октябрьской социалистической революции в нашей стране созданы самые благоприятные условия для широкого и творческого развития здравоохранения и медицинской науки.

Перед судебной психиатрией, как отраслью медицинской науки, стоят задачи по разработке основных принципов организации психиатрической экспертизы и лечению психически больных, представляющих опасность для общества.

Первым актом по психиатрии была Инструкция «Об освидетельствовании душевнобольных», изданная в июне 1918 года Народным комиссариатом юстиции [1]. Она касалась порядка освидетельствования лиц, страдающих умственным расстройством, для назначения над ними опеки. В дальнейшем инструкция была опубликована в виде приложения к Кодексу законов об актах гражданского состояния, брачном, семейном и опекунском праве [2]. Издание ее свидетельствовало о внимании, проявляемом Советским государством к правовому положению психически больных.

В том же 1918 году при отделе гражданской медицины Народного комиссариата здравоохранения учредили подотдел экспертизы и совещательную комиссию в составе профессоров судебной медицины, психиатрии, патологической анатомии, химии, с участием главного врача мест заключения, юрисконсульта и некоторых других лиц.

В результате происходящих в 1918—1919 гг. совещаний по реформе тюремного дела с участием представителей Комиссариата юстиции, психиатров и криминалистов разработано и 8 мая 1919 г. утверждено Наркомздравом «Положение о психиатрической экспертизе» [3]. По данному положению в производстве судебнопсихиатрической экспертизы в стадии предварительного следствия должен принимать участие по крайней мере

---

[1] СУ 1918 г. № 40.
[2] СУ 1918 г. № 76—77.
[3] См. «Сборник по медицинской экспертизе», вып. 1, М., 1919, стр. 20—23.

один врач-психиатр, при судебном разбирательстве — три врача-эксперта и предусматривалось помещение лиц, у которых подозревалось расстройство психики, в специальные лечебные заведения для испытания.

Важным историческим этапом в развитии советской судебной психиатрии явилось издание Народным комиссариатом юстиции 12 декабря 1919 г. «Руководящих начал по уголовному праву РСФСР». В них впервые в советском уголовном праве была дана развернутая формулировка невменяемости. «Руководящие начала» явились прообразом будущего Уголовного кодекса и основные положения их по вопросу о невменяемости с некоторыми изменениями и добавлениями вошли в последующее законодательство.

Для проведения экспертизы и разрешения возникающих при этом вопросов в 1918 году в Ленинграде, а в 1921 году в Москве организованы институты судебнопсихиатрической экспертизы. Институт в Москве впоследствии получил наименование Центрального научно-исследовательского института судебной психиатрии имени В. П. Сербского. В начале институты были чисто практическими экспертными учреждениями.

Помимо указанных институтов, большая часть судебнопсихиатрической экспертизы проводилась в обычных психиатрических больницах Министерства здравоохранения. Однако каких-либо установившихся клинических критериев для судебнопсихиатрической оценки отдельных психических заболеваний и единых организационных форм экспертизы еще не существовало. Психиатров, знакомых с психиатрической экспертизой, было мало. В то время оставался неразрешенным вопрос о том, должна ли судебнопсихиатрическая экспертиза иметь свою специальную организацию или же входить в структуру судебно-медицинской экспертизы как ее раздел.

В «Положении о производстве судебномедицинской экспертизы», согласованном с Прокуратурой и утвержденном Народным комиссариатом здравоохранения РСФСР 16 февраля 1934 г., среди отдельных видов судебномедицинских экспертиз указывается также и психиатрическая.

По смыслу его считалось, что судебнопсихиатрическая экспертиза по особенностям и организационной структуре входит в виде отдельного раздела в судебномедицинскую экспертизу и стоит ближе к последней, чем к психиатрии. Дальнейшая практика показала, однако, что судебнопсихиатрическая экспертиза в большей степени использует данные психиатрической клиники и фактически является разделом психиатрической науки.

Значительным этапом для судебной психиатрии являлся период действия Уголовного кодекса РСФСР в редакции 1926 года

и Уголовно-процессуального кодекса РСФСР 1923 года. В них с достаточной полнотой были регламентированы вопросы, касающиеся критериев невменяемости, порядка назначения и проведения психиатрической экспертизы и осуществления мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасное деяние и представляющих опасность для общества.

За период действия этих законов произошли изменения в экономической, политической и культурной жизни нашей страны.

В декабре 1958 года второй сессией Верховного Совета СССР утверждены «Основы уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик» и «Основы уголовного судопроизводства Союза ССР и союзных республик», в соответствии с которыми уже приняты новые кодексы в союзных республиках.

В уголовном и уголовно-процессуальном кодексах РСФСР, вступивших в действие с 1 января 1961 г., обстоятельно регламентированы вопросы судебнопсихиатрической экспертизы, установлен порядок проведения экспертизы, назначения и прекращения принудительных мер медицинского характера.

Глава 3

НАЗНАЧЕНИЕ СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Основания для назначения судебнопсихиатрической экспертизы. По закону проведение экспертизы обязательно для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, для определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания.

Верховный Суд СССР неоднократно указывал, что при сомнении в психическом состоянии обвиняемого, последний, независимо от его желания, должен быть подвергнут психиатрической экспертизе [1].

Обвиняемый, подозреваемый или потерпевший может сам ходатайствовать об экспертизе. Инициатива о назначении экспертизы может исходить также от родных этих лиц.

Сомнения в психическом здоровье обвиняемого, подозреваемого, потерпевшего и свидетеля возникают у следователя и суда по ряду причин и чаще всего в связи с неправильным поведением или нелепыми показаниями и объяснениями по делу.

1. Д., мужчина, 51 года, кочегар. Захватив с собой топор, пошел к дому соседа (дело происходило в дачной местности), выставил раму террасы дома, проник в квартиру и в течение трех часов старательно выносил из нее мебель, одежду, продукты, предметы домашнего обихода. Все это он складывал в сарае и под навесом своего дома. Когда к месту происшествия явились представители власти, Д. заявил, что это он проделал «ради шутки».

Жена обвиняемого сообщила, что муж последнее время вел себя странно, стал каким-то суетливым, все время что-то переделывал, ломал, без надобности перекапывал землю на огороде и говорил, что на этом месте построит гараж, так как «скоро получит автомобиль», что на сберегательной книжке

---

[1] См. «Судебная практика Верховного Суда СССР» 1949 г. № 8 (дело Вяткина и Илюхина); 1949 г. № 9 (дело Стогова); 1956 г. № 3 (дело Семыкина).

он имеет 80 тыс. руб. (не соответствовало действительности), что его вызывают в Москву для получения «личного оружия». В прошлом болел венерическим заболеванием, лечился.

Нелепый характер правонарушения и несомненно болезненные (бредовые) высказывания явились поводом для назначения психиатрической экспертизы.

При проведении экспертизы Д. не ориентировался в месте и времени, безучастно относился к обследованию, сведения о себе сообщал путано и противоречиво, высказывал идеи величия, говорил, что он «видный инженер», имеет 22 медали и три ордена, в его распоряжении две автомашины самой высокой марки и «для забавы» — два реактивных самолета, у него хранится два миллиона рублей и он может обогатить любого человека.

Подэкспертный был признан страдающим психическим заболеванием в форме прогрессивного паралича.

Подозрение в психическом заболевании возникает в связи с отсутствием внешне понятных поводов для преступления и особой жестокостью его совершения.

2. П., мужчина, 24 лет, обвинялся в убийстве матери. Убийство совершено без какого-либо внешнего повода и по непонятным причинам. Труп он расчленил, вырезал сердце и половые органы, глаза выдавил. Поведение П. при задержании было странным. Он громко произносил одну и ту же фразу: «Приговор приведен в исполнение».

В квартире П. обнаружили сделанную обвиняемым надпись: «Решение приведено в исполнение».

Следствию обвиняемый сообщил, что надпись сделал за полчаса до убийства «при составлении плана». «Написал я это для твердости, если бы не написал, может быть и не убил». Сообщил также, что в последнее время мать стала ненавидеть его и «злостными подковырками» собиралась погубить, с нею у него происходила «мысленная перебранка», он хорошо знал мысли и намерения матери.

В психиатрических больницах П. не лечился, водки не пил, до последнего времени работал киномехаником.

При обследовании П. оказался психически больным, страдающим хроническим заболеванием (диагноз шизофрения).

Распространено мнение, что психиатрическая экспертиза при убийстве обязательно назначается по тем соображениям, что характер убийства и связанные с его совершением действия преступника нередко выходят за пределы обычных представлений психически нормального человека, особенно если речь идет об убийстве родителями малолетних детей.

Однако следует иметь в виду, что крайняя жестокость совершенного преступления далеко не всегда свидетельствует о психическом заболевании. Поэтому тяжесть преступления сама по себе еще не является основанием для назначения психиатрической экспертизы, если нет данных, указывающих на болезненное расстройство психики обвиняемого.

Необходимо иметь в виду, что болезненное состояние может возникнуть внезапно у человека, до того считавшегося практически здоровым. Для подтверждения факта, что имевшее место

необычное психическое состояние носило болезненный характер, назначается психиатрическая экспертиза.

3. В., мужчина, 32 лет, нанес тяжелые смертельные телесные повреждения жене, после чего разделся догола, бегал по улице с иконой, звал на помощь, говорил о каких-то летающих шарах, затем упал на землю и у него начались судороги. Очнувшись после припадка, он о случившемся не помнил.

Оказалось, что у обвиняемого наблюдались такие состояния и ранее: В. падал без сознания, минут десять у него были судороги, затем некоторое время никого не узнавал. В остальное время никаких странностей не обнаруживал. Экспертиза установила, что обвиняемый страдает эпилепсией и преступление совершил в состоянии временного расстройства психики (сумеречное состояние).

Болезненный характер состояния В. в период убийства подтверждается странным поведением, беспричинным резким возбуждением, неправильной ориентировкой в окружающем.

При необычайно жестоких преступлениях в области сексуальных взаимоотношений иногда возникает подозрение в психической болезни совершившего этот поступок. Как известно, поведение лиц с сексуальными аномалиями проявляется в разнообразных формах: собирании предметов, вызывающих сексуальные ощущения, в жестоких насилиях и даже в убийстве под влиянием сексуального влечения в извращенной форме. Эти проявления наблюдаются как у психически больных, так и у психически здоровых, но распущенных лиц, внутренне недисциплинированных, несдержанных. Такие дела обычно расследуются с участием эксперта-психиатра.

Подозрение в психической неполноценности и слабоумии обвиняемых, свидетелей и потерпевших в некоторых случаях обнаруживается в связи с их показаниями, носящими характер оговоров и самооговоров.

4. Р., мужчина, 20 лет, задержан за мелкую кражу. При допросе заявил, что, кроме кражи, он изнасиловал несколько женщин и некоторых из них убил. Изнасилования и убийства он совершал якобы в маске вместе с молодым цыганом. На следствии Р. рассказывал, как он обычно в лесу подстерегал женщину, сначала «пытался договориться» с ней мирным путем, но когда та не соглашалась, насиловал.

Следует отметить, что в местности, о которой идет речь, действительно имело место изнасилование с убийством. Некоторое время преступник не был обнаружен. Об этом событии среди населения были всякие толки, в том числе говорили, что преступление совершил «человек в маске». Что из себя представляет маска, обвиняемый всякий раз говорил по-разному. Спустя некоторое время был задержан виновник преступления. Однако Р. продолжал утверждать, что изнасилование и убийство совершал не задержанный, а он сам.

Следователь направил обвиняемого на психиатрическую экспертизу, сославшись на то, что показания обвиняемого носят характер самооговора психически неполноценной личности, склонной к повышенной внушаемости и фантазированию. Наличие этих особенностей подтвердили эксперты. Диагноз заболевания — врожденное слабоумие.

Подозрение о наличии психической болезни возникает иногда в связи с сутяжным поведением, бесконечными необоснованными претензиями, жалобами, достигающими гиперболических размеров и носящих уродливый характер.

Один из сутяжников в течение ряда лет писал жалобы во все учреждения о неправильном к нему отношении должностных лиц, работников общественных организаций, обвиняя их в совершении всяких проступков, «вскрывал все незаконное», «боролся за правду». В психиатрической больнице, куда он был помещен после экспертизы, жаловался на то, что в подсобном хозяйстве больницы умышленно созданы условия для частых выкидышей у коров. Именно с этой целью, писал он, у дороги посажена капуста, и коровы, глядя на нее, толкаются и наносят друг другу ушибы. Себя больной считал гениальным человеком, говорил, что намерен «писать труды», которые будут иметь мировое значение, сообщил, что слышит «голос, идущий изнутри головы». В учреждениях, куда подавал заявления, он, в целях домогательства, шумел, скандалил, ругался. За хулиганство был привлечен к ответственности. Эксперты признали его психически больным (шизофрения).

Следует, однако, иметь в виду, что не всякое сутяжничество является патологическим и не всякий сутяжник признается психически больным.

Частым поводом для назначения психиатрической экспертизы служит пребывание в прошлом в психиатрической больнице или под наблюдением врачей психоневрологического диспансера, поликлиники. В таких случаях, прежде чем принять решение о назначении экспертизы, следствию необходимо получить из соответствующего медицинского учреждения документы, подтверждающие данный факт. Само по себе пребывание в больнице или посещение районного психиатра еще не говорит о выраженной психической болезни, так как в психоневрологических больницах на лечении находятся, например, невротики, психопаты, алкоголики, т. е. лица, не обнаруживающие психоза.

Назначение психиатрической экспертизы, если для этого есть основания, содействует укреплению социалистической законности.

Закон предоставляет право отказывать в назначении экспертизы, если следствие или суд найдут несущественными те обстоятельства, в разъяснение которых поступило ходатайство от обвиняемого или потерпевшего, поскольку это затягивает судопроизводство. Малообоснованными, например, являются направления на психиатрическую экспертизу лиц, совершивших преступление в состоянии обычного алкогольного опьянения и ссылающихся на запамятование происшедшего.

В случаях, когда ходатайство о назначении психиатрической экспертизы будет отклонено, в соответствии со ст. 131 и

276 УПК[1], основания отказа должны быть изложены в мотивированном определении или постановлении.

Необходимые для судебнопсихиатрической экспертизы материалы. При проведении психиатрической экспертизы в распоряжение экспертов должны быть предоставлены все материалы, касающиеся как обстоятельств преступления, так и личности подэкспертного.

Эксперт не может дать полноценное заключение на основании только одного обследования подэкспертного без ознакомления с материалами дела. Для него ценны сведения, характеризующие личность подэкспертного.

Глубокое изучение психологии обвиняемого, образа мыслей и характера, наличие таких черт, как жадность, жестокость, безволие, вспыльчивость, мстительность важны для следствия и суда при оценке преступления и при определении судом меры наказания. Эти же данные крайне необходимы и для эксперта-психиатра. Чем полнее они представлены в материалах дела, тем достовернее будут выводы психиатрической экспертизы. Отсутствие или неполнота таких данных может привести к неправильному экспертному заключению.

Поэтому при допросе свидетелей и собирании других материалов по делу следователь не должен ограничиваться лишь вопросами о факте преступления. Нужно обязательно устанавливать и факты, касающиеся характеристики личности обвиняемого. К ним относятся данные, касающиеся всех этапов жизни подэкспертного: раннего детства, школьных лет, периода самостоятельной работы. Рекомендуется выяснить: не было ли отставания в физическом и умственном развитии, когда подэкспертный начал ходить, говорить, не наблюдалось ли судорожных припадков и обмороков, травм, тяжелых инфекционных заболеваний, как учился в школе, как формировался характер, часто ли менял профессии и место работы, проходил ли военную службу, поведение подэкспертного в быту, семье и на работе, не наблюдались ли странности, если наблюдались, то в чем выражались.

Следует уделить внимание тому, не склонен ли был подэкспертный к употреблению алкоголя. Необходимо также уточнить, был ли подэкспертный судим в прошлом и за что. Особо обстоятельно важно собрать сведения о лицах, которые в прошлом находились в психиатрической больнице. В этих случаях целесообразно установить, когда началось заболевание, в чем

---

[1] Здесь и в дальнейшем при ссылках на статьи УК и УПК имеются в виду статьи УК и УПК РСФСР и соответствующие статьи УК и УПК других союзных республик.

проявлялось, в каком лечебном учреждении находился подэкспертный, длительность пребывания, диагноз, какое лечение проводилось и течение заболевания после лечения.

Для эксперта крайне важны данные, касающиеся психического состояния и поведения лица в период совершения опасного деяния, как до его совершения, так и после (ст. 404 УПК). Особенно ценными являются эти данные, если есть подозрение во временном расстройстве психической деятельности. Свидетельские показания о поведении подэкспертного в тот период, о его высказываниях, внешнем облике, последующей реакции — все эти данные необходимы для обоснования выводов эксперта.

При этом нужно иметь в виду, что некоторые из дающих сведения, а также и сам подэкспертный могут преувеличивать или извращать данные по делу и представлять их в выгодном для подэкспертного свете. Вот почему важнейшие из перечисленных данных по возможности рекомендуется документально подкреплять справками, характеристиками из школы, с места работы, выписками из историй болезни. В некоторых случаях необходимо затребовать из больницы подлинную историю болезни.

Известны случаи, когда обвиняемый за некоторое время до возбуждения против него уголовного дела «профилактически» поступал в психиатрическую больницу или посещал психоневрологический диспансер с тем, чтобы после привлечения к ответственности сослаться на заболевание и на данном основании требовать назначения экспертизы, если ему это выгодно.

Все важные для суждения о психическом состоянии обвиняемого сведения следователь должен собирать путем опроса не только обвиняемого, но его близких знакомых и других лиц. Собирание таких данных или других дополнительных материалов по делу, хотя бы и касающихся психического здоровья обвиняемого, он не может возлагать на экспертов. Однако в иных случаях большую помощь может оказать беседа врача с родными и близкими подэкспертного.

В действующей Инструкции о производстве судебнопсихиатрической экспертизы в СССР в этом вопросе имеется отступление. Все медицинские учреждения (больницы, диспансеры, поликлиники и др.), сказано в инструкции, обязаны представлять судебнопсихиатрической экспертизе необходимые для нее сведения и материалы об испытуемом (истории болезни, справки, анализы и пр.). Практика получения документов из медицинских учреждений самими экспертами в некоторых случаях ускоряет проведение экспертизы. Однако пользоваться этой возможностью следует только в отношении медицинских документов. Другие материалы должны быть собраны только следователем.

Неправильно поэтому поступили эксперты одной психиатрической больницы, когда они самостоятельно, без участия представителя следствия, опросили почти всех свидетелей по делу с выездом на место происшествия. Полученные данные они записали в специальном протоколе и затем подробно изложили в объемистом акте экспертизы.

Суд не согласился с заключением экспертов по данному делу. В качестве одного из мотивов несогласия он указал на то, что пространный акт судебнопсихиатрической экспертизы содержит не столько данные о психическом состоянии обвиняемого, сколько проверку и оценку показаний свидетелей и других материалов следствия, что не входит в задачу врачей-психиатров.

На каком этапе следует назначать психиатрическую экспертизу?

Ответ на поставленный вопрос содержится в статье 404 УПК, в которой сказано следующее:

«..Направление лица на судебнопсихиатрическую экспертизу допускается лишь при наличии достаточных данных, указывающих, что именно это лицо совершило общественно опасное деяние, по поводу которого возбуждено уголовное дело и ведется расследование».

Целесообразно, чтобы к моменту направления на психиатрическую экспертизу были собраны все данные, относящиеся к характеристике личности подэкспертного. Назначение психиатрической экспертизы сразу же после задержания или на ранних этапах предварительного следствия, когда еще не собраны необходимые материалы, может привести к неправильным, ошибочным выводам, как это имело место в следующем случае.

5. И., мужчина 22 лет, студент Политехнического института, во время поездки на такси напал на шофера, нанес ему легкое телесное повреждение, в результате которого тот вывалился из кабины автомобиля. Сам И. сел за руль и вскоре наехал на столб ограждения и разбил машину. Затем явился к постовому милиционеру и заявил о случившемся.

На допросе И. сообщил, что он «решил стать знаменитым бандитом» и поэтому напал на шофера. В связи со столь откровенным и необычным по характеру заявлением И. вскоре после задержания направили на психиатрическую экспертизу.

К этому моменту в деле имелись лишь показания обвиняемого, потерпевшего и нескольких шоферов, находившихся на месте аварии автомобиля к моменту прибытия представителя автоинспекции. Эксперты-психиатры, освидетельствовав обвиняемого амбулаторно, психического заболевания у И. не нашли.

При дальнейших допросах обвиняемый нападение на шофера объяснил так. Для того, чтобы стать бандитом, он решил наехать на стоящего у казармы солдата и отнять у него огнестрельное оружие. В библиотеке, в течение трех дней, И. изучал руководство для шоферов 3-го класса, для практики

ездил в течение часа, сидя рядом с шофером такси, а затем совершил поездку и нападение. Для убийства шофера обвиняемый заранее запасся перочинным ножом, опасной бритвой, лезвием от рубанка и флаконом клея. На желтой бумаге написал тушью номерной знак, который собирался наклеить на автомашину после убийства шофера.

Уже после амбулаторной психиатрической экспертизы были допрошены лица, знавшие обвиняемого и наблюдавшие его до преступления. Мать И. сообщила, когда несколько месяцев тому назад ее сын приезжал на каникулы, она обратила внимание на то, что он стал задумчивым, скучным, много лежал в постели. Декан факультета сообщил, что последний год И. занимался плохо, подал заявление с просьбой оставить его на том же курсе на второй год, так как плохо себя чувствует. В студенческом общежитии, по словам товарищей, И. подолгу просиживал на кровати, что-то записывал в тетради, стал неразговорчивым. Иногда без видимого повода произносил циничные ругательства, стал неряшливо одеваться.

К делу приобщили дневники обвиняемого. В них обращало на себя внимание своеобразное оформление записей: они то состояли из тщательно вычерченных букв, то были написаны небрежно, неразборчиво, испещрены непонятными рисунками, символическими схемами, многозначительными подчеркиваниями, восклицательными знаками, циничными выражениями.

Содержание записей свидетельствовало о наличии у обвиняемого болезненных переживаний. В них он жаловался на «чертово раздвоение», «полное бездумье», на то, что у него «чужие чувства», что он находится в напряженном состоянии, у него развилась странная раздражительность, чувство разбитости, «начало что-то неприятное сочиться по затылку», что когда поднимался по лестнице «в нос ударила идиотская атмосфера». В записях проявлялась также склонность к бесплодному мудрствованию, вычурным оборотам речи и словообразованию. И. писал например: «Человек — стабилизатор в жизни. Он может создать ситуацию, которая когда-либо была, ибо ему истинные причины неизвестны и то только потому, что на нем самом стоит световой штамп, сходный с другими предметами видимого мира и которым он может двигать по собственному желанию». Далее он писал: «Поговорим, о чем-нибудь невероятном, для души приятном, приятно, приятственно, приятично, приятошно, огромительный, буднилистый, огромознительный» и т. п.

Все эти факты (изменение характера, снижение работоспособности, странное поведение, болезненные ощущения, нарушения мышления и др.) послужили поводом для назначения повторной психиатрической экспертизы, которая признала обвиняемого психически больным (шизофрения) и невменяемым.

Ошибка первой экспертизы, признавшей обвиняемого психически здоровым, отчасти была связана с тем, что психиатрическое обследование назначили слишком поспешно, когда в деле отсутствовали данные, характеризующие личность, совершившего преступление. Последние в дальнейшем явились ценнейшим материалом для экспертов.

Таким образом, психиатрическую экспертизу следует назначать после того, когда факты, относящиеся к преступлению, становятся достоверными, а в отношении подэкспертного собраны данные, в достаточной степени характеризующие личность.

Выбор экспертов. Лица, производящие дознание, следователь, прокурор и суд могут поручить производство психиатрической экспертизы одному врачу-психиатру, нескольким или специальному психиатрическому учреждению.

Как указано в Уголовно-процессуальном кодексе (ст. 184 УПК), следователь указывает в постановлении основания для назначения экспертизы, фамилию эксперта, выяснив предварительно необходимые данные о его специальности и компетентности, или же указывает наименование учреждения, в котором должна быть произведена экспертиза.

Учитывая сложность психиатрической экспертизы, советский суд и следствие предпочитают, чтобы экспертизу проводили несколько экспертов, составляющих экспертную комиссию. Этим достигается более правильное и авторитетное заключение. В случаях, когда проведение экспертизы возлагается на определенное учреждение (психиатрическую больницу, психиатрическую клинику, психоневрологический диспансер), руководитель данного учреждения поручает производство экспертизы и дачу заключения врачу-психиатру или экспертной комиссии.

Поручение экспертизы психиатрическому учреждению имеет ряд преимуществ и содействует лучшей постановке экспертизы. Такие учреждения должны заботиться о создании условий для наиболее квалифицированного осуществления экспертизы, подбирать квалифицированных специалистов, могущих быть использованными в качестве экспертов, создавать необходимые для экспертных целей лаборатории, привлекать консультантов по отдельным специальным вопросам. Руководитель учреждения, кроме того, заботится о создании условий для проведения экспертизы, осуществляет также контроль за качеством и сроком ее проведения.

Оформление назначения экспертизы. Назначение судебно-психиатрической экспертизы оформляется документально.

Основанием для проведения психиатрической экспертизы обвиняемых является определение суда или постановление следователя, осужденных — письменное предложение администрации мест лишения свободы. В перечисленных документах должна быть изложена фабула дела, указаны основания для назначения экспертизы, кому поручается ее проведение, какие вопросы ставятся на разрешение экспертизы.

В отношении обвиняемого обычно ставят следующие вопросы: страдает ли он психическим заболеванием и каким именно, в каком психическом состоянии находился во время совершения преступления и был ли он в то время вменяем, каково психическое состояние обвиняемого в настоящее время и может ли он предстать перед судом и нести наказание.

Естественно, что эти вопросы в зависимости от особенностей дела могут быть поставлены перед экспертом и в иной редакции.

При освидетельствовании осужденных, заболевших в период отбывания наказания, основная задача экспертов состоит в том, чтобы определить характер психического заболевания: является ли оно тяжелым, неизлечимым недугом, не позволяющим отбывать наказание, или же психическое заболевание носит преходящий характер и требует лишь временного помещения больного в стационар.

Как в отношении обвиняемых, признанных невменяемыми, так и в отношении лиц, заболевших тяжелым неизлечимым заболеванием после совершения преступления (обвиняемых и осужденных), перед экспертами должен быть поставлен вопрос, в каких мерах медицинского характера эти лица нуждаются.

В отношении свидетелей и потерпевших на заключение психиатров-экспертов ставят вопрос о наличии или отсутствии психических недостатков, лишающих способности данного лица правильно воспринимать имеющие значение по делу обстоятельства и давать о них правильные показания.

Перед экспертами-психиатрами могут быть поставлены и другие вопросы, требующие разъяснения специалиста и касающиеся, например, уточнения времени начала и характера течения заболевания, возможности выздоровления.

Недопустимо ставить перед экспертом-психиатром не относящихся к подэкспертному вопросы, имеющие не конкретный, а абстрактный, отвлеченный характер. Так, в отношении обвиняемого, у которого предполагалось наличие психического заболевания в форме шизофрении, адвокат обвиняемого неправильно пытался поставить такие вопросы: какая форма шизофрении представляет наибольшие трудности для диагностики, бывают ли случаи, когда вяло текущая форма шизофрении с нерезко выраженной симптоматикой в течение многих лет не распознается.

Суд отвел вопросы, как не носящие конкретного характера.

Перед психиатрической экспертизой нельзя ставить вопросы, которые имеют юридический и психологический характер и выходят за пределы специальных познаний эксперта. Сюда относятся вопросы, касающиеся целесообразности мер наказания лиц, признанных психически здоровыми и вменяемыми, и вопросы, касающиеся мотивов преступления, совершенного психически здоровым человеком.

Для квалификации преступления и выбора мер наказания в отношении психически здоровых и вменяемых лиц существенное значение для следствия и суда имеет выяснение мотивов

совершения преступления, что, однако, не входит в задачу экспертов-психиатров. Исключением являются случаи, когда мотивы носят необычный характер. Перед психиатром в таких случаях стоит задача — оценить психическое состояние совершившего общественно опасное деяние и сказать, не является ли данное лицо психически больным. В иных случаях выявленные мотивы могут оказаться бредом или иным проявлением психической болезни.

Когда следствию и суду не удается выявить мотивы преступления и создается впечатление о безмотивности деяния, нередко возникает подозрение о психической болезни в связи с тем, что некоторые психически больные могут совершать поступки безмотивно, в виде импульсивного действия. Однако необходимо иметь в виду, что при отсутствии мотивов преступления не всегда следует думать о психической болезни; невыявленные мотивы не являются доказательством их отсутствия.

Все вопросы, которые ставят эксперту, должны быть ясными, четкими, конкретными и сформулированы по возможности так, чтобы он мог дать один ответ — утвердительный или отрицательный. Если следователь, не обладая достаточными познаниями в области психиатрии, испытывает затруднение при редактировании предлагаемых эксперту вопросов, он может предварительно проконсультироваться с психиатром.

Обычно следователь обязан ознакомить обвиняемого как с постановлением о назначении экспертизы, разъяснив ему его права, так и с заключением эксперта (ст.ст. 184, 185 УПК). Однако, если его психическое состояние делает это невозможным, то ни постановление о назначении судебнопсихиатрической экспертизы, ни заключение эксперта не объявляются обвиняемому (ст. 184 УПК) [1].

[1] См. П. С. Элькинд, Расследование и судебное рассмотрение дел о невменяемых, М., 1959.

Глава 4

ЭКСПЕРТ-ПСИХИАТР, ЕГО ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

В соответствии с законом эксперт приглашается в случаях, когда при производстве дознания, предварительного следствия и при судебном разбирательстве необходимы специальные познания в науке, технике, искусстве или ремесле.

Судебнопсихиатрическим экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача и специализацию по психиатрии.

В качестве судебнопсихиатрических экспертов обычно привлекаются врачи, работающие по основной специальности психиатра в лечебных психоневрологических учреждениях (психиатрических больницах и клиниках, психоневрологических диспансерах, специальных психоневрологических институтах).

Врач-физиолог, биохимик или психолог, работающий в лаборатории психоневрологического лечебного учреждения, не обладающий клиническим опытом, не может привлекаться в качестве эксперта по клиническим психиатрическим вопросам, поскольку он является специалистом лишь в своей области знаний. Степень квалификации эксперта-психиатра определяется научными познаниями в данной отрасли медицинских знаний, стажем работы в лечебном психиатрическом учреждении и наличием практического экспертного опыта.

Эксперт-психиатр должен знать основы уголовного и уголовно-процессуального права.

Привлечение в качестве эксперта по психиатрическим вопросам некомпетентного врача может усложнить дело и нанести ущерб правосудию.

Поэтому следует считать обоснованным отказ врача-непсихиатра от проведения судебнопсихиатрической экспертизы из-за некомпетентности в этой области медицинских знаний. По таким же соображениям следует считать обоснованным отвод врачу-непсихиатру, вызванному в качестве психиатрического эксперта.

Поводом для отвода эксперта являются и другие причины формального характера, предусмотренные Уголовно-процессуальным кодексом, в частности, если врач является родственником подэкспертного, если он находился или находится в

служебной или иной зависимости от обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика, если он лично, прямо или косвенно заинтересован в деле.

Обязанности и права эксперта определены законом (ст. 82 УПК). Ознакомившись с обстоятельствами дела, обследовав психическое состояние подэкспертного, используя опыт, эксперт обязан дать объективное заключение по вопросам, поставленным перед ним лицом, производящим дознание, следователем, прокурором или судом.

Эксперт обязан также явиться по вызову следствия и суда. В случае неявки без уважительных причин, а также в случае отказа без законных оснований от исполнения обязанностей эксперт несет ответственность.

Закон предусматривает и такие случаи, когда эксперт может отказаться от дачи заключения. Если, например, поставленный вопрос выходит за пределы специальных знаний эксперта или предоставленные ему материалы не достаточны для дачи заключения, он в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение с указанием, какие именно материалы или документы необходимы для производства экспертизы.

Эксперт обязан дать мотивированное объяснение в случаях, когда он по другим причинам, например, из-за недостаточных познаний, не может ответить на поставленные вопросы.

Эксперт обязан также заявить самоотвод при наличии формальных обстоятельств, препятствующих ему быть экспертом.

Эксперт имеет право с разрешения следственных органов знакомиться с обстоятельствами дела, относящимися к предмету экспертизы, уяснение которых необходимо для дачи заключения. С материалами дела при судебнопсихиатрической экспертизе он должен быть ознакомлен заблаговременно, еще до составления выводов экспертизы и в наиболее полном объеме, а в некоторых случаях и со всем делом.

С разрешения лица, производящего дознание, следователя и прокурора эксперт вправе присутствовать при производстве допросов и других следственных действий и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. В случаях, когда имеющихся в деле материалов недостаточно, эксперт может просить о вызове свидетелей и других лиц (родителей, близких), которые могли бы сообщить интересующие его сведения, касающиеся образа жизни и поведения испытуемого.

Судебнопсихиатрический эксперт не имеет права разглашать известные ему следственные материалы по делу и данные, полученные при судебнопсихиатрической экспертизе, и сообщает их

только следственным и судебным органам по требованию последних.

За разглашение данных предварительного следствия или дознания и данных экспертизы без разрешения прокурора, следователя или лица, производившего дознание, эксперт несет ответственность по соответствующим статьям Уголовного кодекса (ст. 184 УК).

Об ответственности за дачу заведомо ложного заключения (ст. 181 УК), за отказ или уклонение от дачи заключения (ст. 182 УК), а также за разглашение материалов дела и выводов экспертизы эксперт должен быть предупрежден и у него отбирается подписка.

Уголовный кодекс предусматривает наказание также за понуждение эксперта к даче ложного заключения либо подкуп его.

Если экспертиза проводится экспертной комиссией и все члены пришли к единому выводу, они могут составить общее заключение, изложенное одним из экспертов и подписанное всеми. В случае, если между экспертами возникли разногласия, каждый из них обязан дать свое заключение отдельно (ст. 80 УПК).

Ответственность за дачу ложного заключения распространяется и на экспертов, принимающих участие в работе экспертной комиссии. За правильность экспертного заключения каждый из участников комиссии несет равную ответственность.

В соответствии со ст. 106 УПК эксперты имеют право на возмещение понесенных ими расходов по явке и на вознаграждение за выполнение ими обязанностей из средств органов дознания, предварительного следствия и суда. Порядок выплаты и размеры сумм, подлежащих выплате, устанавливаются Советами Министров[1].

---

[1] Ныне действует Инструкция Народного комиссариата юстиции СССР и Прокуратуры СССР об оплате расходов по вызову судами и органами следствия свидетелей, экспертов и переводчиков, утвержденная постановлением СНК СССР от 29 апреля 1939 г. № 597.

Глава 5

ВИДЫ СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

При проведении экспертизы психиатры изучают и подвергают научному анализу собранные следственными органами и судом материалы дела, характеризующие поведение и психическое состояние подэкспертного. Главным же образом, в своих суждениях и выводах эксперты используют данные, добытые при врачебном обследовании психического здоровья подэкспертного. Такого рода обследование является важной составной частью психиатрической экспертизы живого человека.

В практике существуют следующие виды судебнопсихиатрической экспертизы: стационарная, амбулаторная, экспертиза у следователя, в суде, заочная и посмертная.

Стационарная экспертиза производится в учреждениях, постоянно содержащих больных на коечном лечении, т. е. имеющих стационары, — в психоневрологических и психиатрических больницах, психиатрических клиниках и психоневрологических институтах. При крупных психиатрических больницах существуют специальные отделения для судебнопсихиатрической экспертизы, работа которых регламентирована Положением об отделении судебнопсихиатрической экспертизы при психоневрологической больнице [1]. В больницах, где нет таких отделений, организуются специальные палаты.

По существующему положению в этих отделениях и палатах должны содержаться только обвиняемые и осужденные, направленные на экспертизу.

Гражданские истцы и гражданские ответчики, а также потерпевшие и свидетели для производства стационарной экспертизы помещаются в общие отделения психоневрологических больниц.

Направление на стационарную экспертизу предусмотрено ст. 188 УПК. В ней указывается: «Если при производстве судебномедицинской или судебнопсихиатрической экспертизы возникает необходимость в стационарном наблюдении, следователь помещает обвиняемого или подозреваемого в соответствующее медицинское учреждение, о чем указывается в постановлении о назначении экспертизы.

[1] См. «Вопросы судебнопсихиатрической экспертизы», М., 1955, стр. 156—158.

Помещение в лечебно-психиатрическое учреждение обвиняемого или подозреваемого, не содержащегося под стражей, производится с санкции прокурора...»

Желательно, чтобы каждое направление было предварительно согласовано с администрацией больницы. Вместе с лицом, направляемым на экспертизу, необходимо представить постановление следственных органов о производстве экспертизы или определение суда, а в отношении осужденных — письмо администрации мест лишения свободы с личным делом.

Для лиц, находящихся на экспертизе в больнице, существуют особые правила наблюдения за ними, обеспечивающие необходимую изоляцию и предупреждающие их побеги.

На лиц, поступивших на стационарную экспертизу, заводят истории болезни установленного для психиатрических больниц образца с некоторыми дополнительными разделами чисто судебнопсихиатрического характера.

По окончании исследования подэкспертного, обобщения всех данных, полученных за время пребывания испытуемого в стационаре и изучения материалов судебного дела, испытуемый представляется экспертной комиссии, которая и дает заключение.

В учреждениях, производящих стационарное испытание, организуются постоянные экспертные комиссии в составе не менее трех лиц: 1) председателя, большей частью главного врача больницы или его заместителя по медицинской части, 2) постоянного члена комиссии — заведующего судебнопсихиатрическим отделением или другого врача больницы из числа имеющих специальную судебнопсихиатрическую подготовку и 3) врача-докладчика, проводившего постоянное наблюдение за испытуемым.

В психоневрологических институтах экспертные комиссии образуются в общем по тому же принципу, что и в больницах. Председатель комиссии назначается директором из числа наиболее квалифицированных научных сотрудников института.

В практике установился такой порядок работы экспертной комиссии.

Сначала врач-докладчик подробно знакомит состав комиссии с материалами дела. Затем он сообщает данные о прежней жизни подэкспертного, его развитии, перенесенных заболеваниях и докладывает результаты наблюдения за испытуемым в стационаре. После этого на комиссию приглашается подэкспертный, который тут же обследуется с целью проверки и уточнения данных, сообщенных докладчиком. После ухода подэкспертного докладчик сообщает свое мнение и делает

обоснованные выводы. После обмена мнениями между членами комиссии председатель согласовывает окончательное заключение.

Согласно Инструкции от 31 мая 1954 г. о производстве судебнопсихиатрической экспертизы срок стационарного наблюдения не должен превышать 30 дней. В тех же случаях, когда в указанный срок окончательное заключение не может быть дано из-за сложности и неясности клинической картины заболевания или затруднений при решении других вопросов, поставленных перед экспертизой, комиссия выносит мотивированное заключение о необходимости продления срока испытания.

Регламентация сроков проведения экспертизы способствует быстроте расследования.

Время пребывания в психиатрическом лечебном учреждении засчитывается в срок содержания под стражей (ст. 188 УПК).

Стационарная экспертиза — наиболее сложный вид экспертизы, и для ее осуществления требуются специальные условия. По этим соображениям стационарную экспертизу следует проводить только при необходимости углубленного обследования. Как показывает практика, в стационарной экспертизе обычно нуждаются лица, заболевание которых носит неясный характер. В таких случаях требуется длительное и непрерывное медицинское наблюдение.

Стационарная экспертиза необходима и тогда, когда возникает надобность в некоторых сложных лабораторных и иных исследованиях (исследование спинномозговой жидкости, крови и др.), а также в случаях, когда нужно выявить наличие припадков, их характер, длительность и частоту. Иногда правонарушение носит настолько сложный и необычный характер, что изучение и анализ материалов дела и сопоставление их с данными клинического обследования возможно только при наблюдении за подэкспертным в условиях стационара.

6. М.[1], 44 лет, обвинялся в том, что он, приехав в город О. за покупками и остановившись на ночлег у знакомой, ночью топором нанес тяжелые телесные повреждения пяти спящим в комнате людям (двум студентам, остановившимся также на ночлег, двум малолетним детям хозяйки и самой хозяйке). После совершения преступления скрылся, но вскоре был задержан. При допросе заявил, что убил хозяйку за то, что она якобы присвоила его сапоги, оставленные им в предыдущий приезд для продажи. Остальных он убил, чтобы скрыть следы преступления.

Обвиняемый дважды подвергался амбулаторному обследованию и признавался психически здоровым.

В связи с тяжестью преступления, к тому же совершенного без достаточных мотивов, и странным поведением во время допросов следователь направил его на стационарную судебнопсихиатрическую экспертизу.

---

[1] Этот больной описан в учебнике «Судебная психиатрия», М., 1951, стр. 22—23.

При обследовании в стационаре удалось выяснить, что обвиняемый развивался нормально, в школе учился удовлетворительно, работал сначала в сельском хозяйстве, затем на заводе сварщиком, пожарным, грузчиком. В детстве болел скарлатиной, в более позднем возрасте — тифом, а в возрасте 24 лет — сифилисом, от которого лечился нерегулярно. В 1944 году ранен на фронте и контужен.

При обследовании нервной системы обнаружены изменения со стороны зрачков (неравномерность), вялая реакция на свет, нарушения со стороны лицевых нервов, неравномерность сухожильных рефлексов нижних конечностей; речь смазанная, неясная.

Были исследованы спинномозговая жидкость и кровь и обнаружены положительная реакция Вассермана, повышенное содержание белка в спинномозговой жидкости и некоторые другие изменения, характерные для сифилитического заболевания мозга.

При исследовании в психологической лаборатории выявлена быстрая умственная утомляемость, плохая память, снижение критики.

При наблюдении за ним в палате и во время беседы с врачом установлена вялость психических процессов. Испытуемый медлителен, на предлагаемые вопросы отвечал тихим голосом, жаловался на общую слабость, плохо помнил события из своей жизни, путал даты, был внушаем, слабодушен, безразличен к окружающим, целыми днями лежал на койке, ничем не интересовался.

О правонарушении рассказывал неохотно, не мог объяснить причин поступка, уверял, что помнит о случившемся, но не совсем ясно, «как во сне».

Эксперты дали заключение, что обвиняемый страдает психическим заболеванием (прогрессивный паралич) и в отношении инкриминируемого деяния невменяем, нуждается в лечении в психиатрической больнице.

Окончательное заключение в отношении описанного больного было дано после обследования его в условиях стационара, что и позволило выявить такие нарушения психической сферы, которые при однократном обследовании вряд ли могли быть замечены.

Ценными для диагностики оказались результаты лабораторных исследований, проведение которых возможно было только в условиях стационара, в результате чего и стало очевидным, что обвиняемый является психически больным и преступление совершено им в болезненном состоянии.

Амбулаторная экспертиза характеризуется тем, что заключение дается большей частью после однократного обследования испытуемого, без наблюдения в стационаре.

Амбулаторная экспертиза обычно проводится при психиатрической больнице, психоневрологическом диспансере или другом психиатрическом лечебном учреждении. При них существуют заранее организованные постоянные судебнопсихиатрические экспертные комиссии также в составе трех врачей-психиатров: председателя и двух членов комиссии, из которых один является докладчиком.

Инструкция от 31 мая 1954 г. допускает производство амбулаторной экспертизы комиссией в составе двух врачей-

психиатров, а в исключительных случаях одним врачом-психиатром. Это касается тех мест, где комиссия в положенном числе врачей не может быть создана.

Персональный состав комиссии назначается органами здравоохранения по подчиненности лечебного учреждения, при котором работает комиссия.

В крупных городах (Москва, Ленинград) существует несколько амбулаторных экспертных комиссий, организуемых городскими отделами здравоохранения.

В отдельных случаях такие экспертные комиссии в целях большей оперативности проводят свою работу в местах заключения. При этом правовое положение комиссий остается тем же: они комплектуются органами здравоохранения и подчиняются последним.

Амбулаторные судебнопсихиатрические комиссии имеют возможность заблаговременно, до амбулаторного освидетельствования, запросить необходимые материалы уголовного дела и всю медицинскую документацию, если таковая имеется на подэкспертного (выписки из истории болезни, результаты различного рода медицинских анализов, справки, характеристики и т. п.).

Таким образом, однократное психиатрическое освидетельствование дополняется документальными данными, касающимися состояния подэкспертного в прошлом. Поэтому во многих случаях, особенно если речь идет о явно душевнобольных или психически здоровых, заключение амбулаторной комиссии является вполне достаточным, отвечающим требованиям, предъявляемым к судебнопсихиатрической экспертизе.

Для следствия и суда амбулаторная экспертиза имеет преимущества перед стационарной главным образом в том, что заключение дается в более короткий срок. Однако в некоторых случаях у амбулаторной комиссии возникают затруднения диагностического или другого характера. В указанных случаях она не может дать окончательное заключение и приходит к выводу о необходимости проведения стационарной экспертизы.

Практика показывает, что суду и следствию при назначении психиатрической экспертизы целесообразно не указывать вид экспертизы, а дать возможность самим экспертам решить вопрос о том, проводить ли экспертизу путем амбулаторного или стационарного исследования, что в ряде случаев устраняет затягивание проведения экспертизы и разбор дела без достаточных причин. Если же следствие и суд не согласятся с заключением амбулаторной экспертизы и для этого есть убедительные доводы, то они имеют возможность назначить повторную экспертизу. Последняя, естественно, должна быть проведена более обстоятельно и углубленно в стационаре.

Экспертиза у следователя и консультации психиатра. Рассматриваемую экспертизу производит обычно один психиатр, вызываемый следователем (ст. 189 УПК). В наших условиях такая экспертиза производится редко, так как следователь имеет широкие возможности использовать амбулаторную и стационарную экспертизы, где заключения даются комиссионно.

В иных случаях после произведенной экспертизы следователь может допросить эксперта для разъяснения или дополнения данного им заключения. Чаще всего следственные органы прибегают к консультации врача-психиатра. В одних случаях консультация предшествует психиатрической экспертизе, в других — проводится после нее.

Следователь может посоветоваться со специалистом о том, есть ли основания для назначения психиатрической экспертизы, какими материалами необходимо дополнить дело при назначении экспертизы, какие вопросы должны быть поставлены на ее разрешение и как сформулировать их.

По делам, где экспертиза уже проводилась, следователь может предложить психиатру высказаться по вопросу о том, насколько обоснованны и убедительны выводы имеющегося в деле заключения. В случае существенных дефектов в заключении и его противоречивости не исключена возможность, что, используя данные консультации психиатра, следователь поставит вопрос о назначении новой, повторной экспертизы.

Экспертиза в суде производится с соблюдением определенных правил, регламентированных законом (ст.ст. 288 и 289 УПК). Это — довольно сложный вид экспертизы.

Эксперт-психиатр вызывается непосредственно в зал суда в случаях, когда вопрос о психиатрической экспертизе возникает только в процессе судебного следствия. Если у эксперта при обследовании не возникает затруднений и заключение может быть дано в зале суда, то суд, заслушав эксперта, продолжает работу. В противном случае возникает надобность в направлении подэкспертного в психиатрическое учреждение и в приостановлении дела.

Нередко экспертов-психиатров вызывают в суд для дачи заключения в отношении лиц, которые ранее проходили психиатрическую экспертизу по данному делу и уже есть заключение. В подобных случаях могут быть вызваны врачи, ранее принимавшие участие в экспертизе для разъяснения некоторых вопросов по данному ими заключению. В таких случаях речь идет чаще всего о временном болезненном расстройстве психической деятельности, возникающем у лиц, считающихся практически психически здоровыми в обычное время. Те же врачи вызываются и тогда, когда после проведенной экспертизы появились

новые факты, ранее неизвестные экспертам, и по этим фактам необходимо дать дополнительное заключение.

Если на предварительном следствии было дано одно общее заключение комиссией, то в суд может быть вызван один из экспертов, принимавший участие в обследовании подэкспертного, хорошо знакомый с обстоятельствами дела. Это облегчает дачу заключения по дополнительным вопросам.

Новые эксперты, не принимавшие ранее участия в экспертизе, могут быть вызваны судом в случае, когда суд сомневается в правильности и обоснованности выводов предыдущей экспертизы или же эксперт, принимавший участие в первой экспертизе, по уважительной причине не может явиться в суд.

Задача эксперта-психиатра на суде сводится в основном к следующему. До начала судебного заседания эксперт должен предварительно ознакомиться с материалами судебного дела. Без этого он не может принимать активного участия в судебном следствии, а следовательно, не может добросовестно выполнить возлагаемую на него законом обязанность.

Эксперт-психиатр присутствует на судебном следствии при допросе обвиняемого, выслушивает показания обвиняемого, потерпевшего и свидетелей, задает им вопросы через председателя суда об обстоятельствах, имеющих значение для экспертизы. Затем суд и участники процесса ставят вопросы эксперту. Участники процесса ставят вопросы через председательствующего. Вопросы, не относящиеся к делу или к компетенции эксперта, суд исключает.

Для обследования подэкспертного делают перерыв заседания. Освидетельствование обычно производится в отдельной комнате. Состав суда и участники процесса могут присутствовать при обследовании. Если в экспертизе принимало участие несколько врачей, то они совещаются между собой, но уже в отсутствие состава суда и участников процесса, и затем составляют письменное заключение. Последнее должно быть дано даже и в том случае, когда по тем же самым вопросам ранее эти же эксперты или некоторые из них уже давали заключение на предварительном следствии.

Далее в судебном заседании эксперты оглашают заключение и передают его суду. Иногда эксперты дают заключение суду сначала устно, а потом представляют в письменном виде. Эксперты по существу данного заключения, для уточнения и проверки правильности его могут быть допрошены, и суд вправе потребовать от них дополнительное письменное заключение.

Для проведения экспертизы в суде привлекаются врачи-психиатры путем персонального вызова или же через руководителя

того лечебного учреждения, в котором работает врач, — через главного врача больницы, психоневрологического диспансера или заведующего отделом здравоохранения.

Заочная экспертиза проводится только по материалам дела и документам, приобщенным к нему. Возможности экспертов при даче заключения заочно, только по материалам дела, весьма ограниченны. Поэтому назначение заочной экспертизы в иных случаях ведет лишь к затягиванию дела.

Назначить заочную экспертизу можно в целях контроля и проверки правильности заключения экспертизы, подтвердившей или отвергнувшей наличие у обвиняемого временного расстройства психической деятельности в период преступления.

Заочно экспертизу возможно проводить и в тех случаях, когда возникает необходимость установить дату начала и длительность имеющегося психического заболевания, что в отдельных случаях имеет важное значение.

Иногда целесообразно направить судебное дело психиатрам или экспертному учреждению для консультации по вопросу о том, есть ли основания для проведения психиатрической экспертизы амбулаторно или в стационаре. Необходимость в такой консультации возникает при тяжком преступлении и своеобразии личности преступника, потерпевшего или свидетеля, когда в местных условиях из-за отсутствия психиатров подобная консультация невозможна.

Уместным является назначение заочной экспертизы при необходимости получить разъяснения психиатров по теоретическим научным вопросам.

7. Д., женщина 50 лет, ночью в своей квартире была избита, в результате чего получила тяжелое повреждение черепа. Сразу же после травмы потерпевшая сообщила подобравшим ее лицам, что избил ее бывший муж. Затем Д. потеряла сознание и длительное время находилась в больнице. После хирургического вмешательства и лечения Д. пришла в сознание, но первое время вспомнить из происшедшего ничего не могла. Только в дальнейшем потерпевшая отчетливо вспомнила обстоятельства, при которых получила удар по голове, и подтвердила, что была избита бывшим мужем. Последний однако отрицал причастность к преступлению. Основным доказательством обвинения его являлись показания потерпевшей, которые имели ряд противоречий и неточностей: в одном случае она хорошо припоминала отдельные факты из происшедшего, в другом — вспоминала с трудом и неточно.

Перед экспертизой, которая проводилась заочно, только по материалам дела, был поставлен вопрос: могла ли столь тяжелая травма черепа вызвать у Д. запамятование или путаницу обстоятельств, как предшествующих, так и сопутствующих событию.

На поставленный вопрос экспертиза ответила утвердительно и указала, что воспроизведение в памяти имевших место событий и забытых на время в результате травмы возможно.

Заочную психиатрическую экспертизу нецелесообразно назначать, например, при отсутствии в деле медицинской документации в отношении подэкспертного или если она неполна и противоречива. Даже в случаях, когда подэкспертный ранее проходил психиатрическую экспертизу и выводы последней неубедительны, заочная экспертиза мало что может дать без освидетельствования подэкспертного. В таких случаях вывод заочной экспертизы будет сводиться лишь к указанию о необходимости нового освидетельствования и чаще всего в условиях стационара.

Бесполезно назначать заочную экспертизу в случаях, когда требуется дать заключение о глубине психических изменений, о характере имеющихся припадков. Прийти к определенным выводам, подтвердить или опровергнуть выводы предыдущей экспертизы только по описанию, без освидетельствования подэкспертного крайне трудно.

На заочную экспертизу нецелесообразно направлять и в тех случаях, когда эксперты, не дав окончательного заключения, высказались за необходимость повторной экспертизы в ином составе или в другом учреждении.

Посмертная экспертиза производится также только по материалам дела и нередко при отсутствии каких-либо документов, характеризующих психическое здоровье умершего, что делает особенно трудным данный вид экспертизы.

Посмертная экспертиза назначается при необходимости решить вопрос о психическом здоровье человека, совершившего преступление и умершего до суда, при пересмотре приговора осужденного и умершего, в отношении которого поступили новые данные о его психической неполноценности.

Относительно часто посмертная экспертиза имеет место при разрешении судом гражданских споров, в частности, связанных с признанием действительным или недействительным оставленного после смерти завещания и акта дарения.

Наглядно это видно на следующем примере [1].

8. П., 61 года, в 1946 году (за четыре года до своей смерти) подарила половину домовладения гр-ке Г., взяв от последней письменное обязательство проживать вместе и ухаживать за ней в течение всей жизни. Вторую половину домовладения П. подарила гр-ке Д., оформив это соответствующим договором дарения за три дня до своей смерти в 1950 году. После смерти П. муж покойной стал оспаривать законность обоих договоров о дарении, ссылаясь при этом на то, что П. страдала тяжелым соматическим и психическим заболеванием и поэтому в период заключения договоров была недееспособной.

---

[1] Наблюдение описано в учебнике «Судебная психиатрия», М., 1954, стр. 46—47.

В связи с возникшим спором дело направили на экспертизу на предмет определения психического состояния и дееспособности П. в момент заключения договоров дарения.

От амбулатории, под наблюдением которой находилась умершая, в распоряжение экспертизы была представлена выписка из истории болезни П. В выписке указывалось, что она была больна более шести лет, жаловалась на затруднение речи, головные боли, нарушение движений в ногах, плохую походку, снижение зрения. Врачи считали, что П. страдает органическим заболеванием мозга без грубых нарушений со стороны психики.

Нотариус, бывший у П. за три дня до смерти в связи с оформлением доверенности на заключение договора дарения, также показал, что больная находилась в тяжелом состоянии, хотя подписи делала собственноручно.

В прошлом П. в психиатрические больницы не помещалась. В суде о наличии психической болезни говорил только ее муж, подавший исковое заявление, и одна из свидетельниц, заявившая в судебном заседании: «Мне кажется, что в последнее время П. была ненормальной, плохо узнавала окружающих, сознание было неясное».

В акте вскрытия трупа умершей указано, что в мозжечке обнаружена опухоль, величиной с куриное яйцо. Прочие отделы мозга видимых изменений не имеют. Смерть, по заключению врачей, последовала от паралича болезненно измененного сердца.

На основании имеющихся в деле данных экспертная комиссия пришла к заключению, что П. страдала органическим заболеванием центральной нервной системы в форме опухоли головного мозга. Это заболевание может протекать длительное время относительно доброкачественно, с незначительными изменениями со стороны психики, что и имело место в данном случае. В 1946 году, т. е. в то время, когда был заключен первый договор дарения, П., хотя и была больна, но душевным заболеванием не страдала и, безусловно, была дееспособной. В момент подписания ею доверенности на оформление второго договора, т. е. за три дня до смерти, у нее развилось состояние измененного сознания, исключающее дееспособность.

Необходимость в посмертной психиатрической экспертизе возникает иногда в отношении лиц, покончивших жизнь **самоубийством**.

Психиатрическая экспертиза по таким делам назначается обычно тогда, когда при всей тщательности расследования не удается выявить причин самоубийства и остается предположить, что оно явилось следствием психического заболевания. Подобное предположение возникает чаще всего относительно лиц, проявивших странности в поведении до самоубийства.

Наш закон (ст. 107 УК) предусматривает наказание лиц, которые довели находящегося от них в материальной или иной зависимости человека до самоубийства или покушения на него путем жестокого обращения с потерпевшим или систематического унижения его личного достоинства.

В связи с этим вопрос о психиатрической экспертизе может возникнуть и тогда, когда лицо, привлекаемое к уголовной ответственности за доведение до самоубийства жестоким обращением, пытается оправдать себя, указывая, что

самоубийство явилось следствием психической болезни, а не жестокого обращения.

Основная задача психиатрической экспертизы при самоубийстве сводится к тому, чтобы ответить на вопрос, не является ли самоубийца психически больным и не обнаруживал ли он в момент самоубийства болезненного расстройства психики временного характера, в результате которого был неспособен понимать свойства и значения им совершенного или руководить своими поступками.

Следует отметить, что не всякое самоубийство является следствием психической болезни, как это пытались в прошлом считать некоторые психиатры (Эскироль) и социологи, утверждавшие, что все самоубийцы — психически больные люди, потому что только в состоянии безумия человек способен покушаться на свою жизнь.

В дальнейшем этот ошибочный взгляд был отвергнут, как несостоятельный. Известно, что самоубийство могут совершать не только психически больные, но психически здоровые и полноценные люди по многим другим причинам разнообразного характера.

Для проведения психиатрической экспертизы по делам о самоубийстве органы расследования должны собрать данные, касающиеся личности самоубийцы, семейных взаимоотношений, состояния здоровья. Разумеется, что все документы медицинского характера (история болезни, справки, результаты специальных медицинских анализов) рекомендуется собирать полностью.

Особого внимания заслуживают сведения о поведении данного лица вообще и особенно перед самоубийством, о всякого рода странностях в высказываниях, если они имели место. Следует критически относиться к показаниям лиц, стремящихся изобразить это событие тенденциозно, в извращенном виде по разным побуждениям, иногда из-за личной и материальной заинтересованности.

В показаниях свидетелей и в характеристике поведения самоубийцы эксперту нужна не констатация психической болезни, а описание конкретных фактов, свидетельствующих о психических отклонениях.

При этом крайне важны дневники и особенно предсмертные записки. Нередко они не только вскрывают мотив самоубийства, но и характеризуют личность самоубийцы.

Некоторые авторы отмечают, что потребность человека в последние минуты жизни объяснить душевное состояние так велика, что лишь немногие могут противостоять внутренней необходимости высказать волнующие их чувства. Самый же факт

обращения к людям перед самоубийством большей частью свидетельствует о том, что авторы их оставались психически здоровыми людьми. Как отмечают некоторые психиатры, психически больные редко оставляют после себя записки, а если и оставляют, то излагают в них большей частью болезненные переживания.

Характер и содержание предсмертных записок могут дать ценные данные для распознавания психического заболевания.

Глава 6

ЭКСПЕРТИЗА ОБВИНЯЕМЫХ. НЕВМЕНЯЕМОСТЬ

В уголовном процессе наиболее частой является экспертиза обвиняемых. Эксперты-психиатры, обследовав обвиняемого и проанализировав материалы уголовного дела, должны дать следственным органам и суду заключение о психическом состоянии обвиняемого в период совершения общественно опасного деяния и в связи с этим высказать мнение по вопросу о возможности вменения обвиняемому совершенного им преступления. Кроме того, эксперты должны высказаться о состоянии психического здоровья его в период производства экспертизы.

В случаях, когда обвиняемый признается психически больным и невменяемым, эксперты высказывают мнение также и о том, в каких мерах медицинского характера нуждается больной.

Известно, что уголовной ответственности подлежат только вменяемые лица.

Произвольные, волевые поступки, действия и поведение в целом регулируются и контролируются сознанием. Человек в состоянии психического здоровья должен и может оценивать те обстоятельства, при которых он действует, понимать предъявляемые требования и делать выбор между совершением и несовершением преступления.

Способность к вменению возможна в случае, когда ничто не препятствует сделать такой выбор. Утрата способности руководить поведением, контролировать его и отдавать себе в нем отчет нередко является результатом психического заболевания.

Вменяемость и невменяемость определяются течением психических процессов и состоянием психического здоровья человека, т. е. данными психологии и психиатрии.

Научное понимание сложнейших психических явлений человеческой жизни стало возможно благодаря вскрытым И. М. Сеченовым и И. П. Павловым закономерностям в физиологии и патофизиологии высшей нервной деятельности.

В основе поступков и действий человека лежит рефлекторная деятельность головного мозга. Под влиянием одних и тех же условий, как говорит И. М. Сеченов, человек может произвести известный ряд движений, может не произвести их

вовсе и, наконец, может произвести движения совершенно противоположного характера. В процессе развития личности поведение человека постепенно усложняется за счет воспитания морального, этического чувства и навыков высшего порядка.

За совершенное общественно опасное деяние психически здоровый человек, достигший определенного возраста, несет ответственность, потому что он способен сознавать общественную опасность совершаемого им деяния и может регулировать свое поведение в соответствии с требованием закона.

Способность нормального человека нести личную, общественную и государственную ответственность за содеянное, быть вменяемым, И. П. Павлов выражает следующими словами: «...во мне остается возможность, а отсюда и обязанность для меня, знать себя и постоянно, пользуясь этим знанием, держать себя на высоте моих средств»[1].

В прошлом над вопросами правового отношения психически больных к их ответственности и клинической характеристики невменяемости работали И. М. Балинский, В. Х. Кандинский, А. У. Фрезе, С. С. Корсаков, В. П. Сербский, В. М. Бехтерев и др. русские психиатры.

Углубленная научная разработка вопросов невменяемости с позиций материалистического понимания психических процессов впервые дана В. Х. Кандинским и В. П. Сербским. Их трактовка легла в основу понятия невменяемости в советском законе.

Основные положения, касающиеся невменяемости, содержатся в ст. 11 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик, принятых на второй сессии Верховного Совета СССР 25 декабря 1958 г.

«Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, устанавливаемые законодательством союзных республик.

Не подлежит наказанию также лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее душевной болезнью, лишающей его возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить

[1] И. П. Павлов, Полное собрание трудов, т. III, кн. 2, 1951, стр. 188.

ими. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию».

Приведенная статья при определении невменяемости содержит критерии двух видов — юридический и медицинский. В качестве медицинского указывается хроническая душевная болезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие и иное болезненное состояние.

В психиатрии к хроническим психическим заболеваниям принято относить те, которые тянутся длительное время, под влиянием лечения или по другим причинам не проходят или проходят не до конца.

Из наиболее распространенных психических заболеваний хроническими принято считать шизофрению, эпилепсию, некоторые формы психозов, возникающих в результате органического повреждения мозга, и другие заболевания с длительным течением.

Благодаря широким терапевтическим мероприятиям, успешно проводимым в отношении психических заболеваний, понятие хронического заболевания за последнее время изменилось. Заболевания, считавшиеся ранее хроническими и неизлечимыми, теперь стали излечимыми.

Психические расстройства временного характера отличаются внезапным началом, кратковременным течением и тем, что возникают большей частью у людей, в обычном своем состоянии не обнаруживающих психоза. Примером временного болезненного расстройства является реактивное состояние, белая горячка и др.

В качестве одного из медицинских критериев невменяемости в ст. 11 Основ выделено слабоумие.

Слабоумие — это стойкое врожденное недоразвитие умственных способностей или такое же стойкое и необратимое снижение интеллекта в результате деструктивных изменений в мозгу после травм, инфекционных и др. заболеваний. Проявляется оно в снижении преимущественно познавательной деятельности и слабости суждения.

«Иные» болезненные состояния, которые указываются в качестве медицинского критерия невменяемости, понимаются по-разному. Некоторые психиатры к иным болезненным состояниям склонны относить психопатии, неврозы, психические изменения в результате глухонемоты и другие состояния.

Учение о вменяемости исторически формировалось так, что сначала единственным признаком невменяемости был только медицинский критерий. Для того, чтобы признать обвиняемого невменяемым и освободить его от наказания, достаточно было

установить, что совершивший опасное деяние был психически больным.

В дальнейшем с уточнением понятия о психической болезни стало очевидным, что не всякий психически больной может считаться невменяемым; так как у некоторых больных психическое заболевание носит неглубокий характер, они могут быть признаны вменяемыми, хотя и являются психически больными.

Для отграничения невменяемых психически больных от вменяемых в качестве дополнения к медицинскому критерию введен так называемый юридический критерий.

Последний явился той общей почвой, на которой сходятся врачи и юристы при оценке влияния психического заболевания на душевную деятельность (В. Х. Кандинский). Применение юридического критерия, таким образом, составляет собственно судебнопсихиатрическую оценку. Особенно необходим юридический критерий в трудных для диагностики и глубины заболевания случаях [1].

В ст. 11 Основ юридический критерий в отличие от прежнего законодательства стоит на первом месте, чем подчеркивается его ведущая роль в определении невменяемости. Он сформулирован как неспособность отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими во время совершения общественно опасного деяния, вследствие указанных болезненных состояний или слабоумия.

Юридический критерий, который называют также психологическим, включает в себя волевой признак (возможность руководить своим поведением) и интеллектуальный (возможность отдавать себе отчет). Выделение волевого и интеллектуального признаков юридического критерия является условным.

Из сказанного видно, что наличие болезни или слабоумия, т. е. наличие только медицинского критерия, недостаточно для выводов о невменяемости. Об этом следует говорить только в случае, если болезнь или слабоумие будут выражены настолько, что обвиняемый не мог отдавать себе отчета в своих действиях, или руководить ими, т. е. при наличии не только медицинского, но и юридического критериев в момент совершения общественно опасного деяния.

Наличие только одного медицинского критерия или, наоборот, только юридического еще не дает права говорить о невменяемости. Слабоумие, например, свидетельствует о наличии медицинского критерия. Но если слабоумие у больного

---

[1] По данному вопросу см. работу Д. Р. Лунца, Основные принципы судебнопсихиатрической оценки при решении вопроса о невменяемости, «Проблемы судебной психиатрии», сб. VII, М., 1957.

выражено не столь значительно и слабоумный при совершении преступления все же мог отдавать отчет в своих действиях и руководить ими, то он должен считаться вменяемым, поскольку отсутствует юридический (психологический) критерий.

Утрата способности руководить своим поведением и отдавать себе в нем отчет может быть вызвана не только психической болезнью или слабоумием, но и другими причинами. Известно, например, что подростки до определенного возраста менее других могут руководить своими действиями и отдавать себе в них отчет в результате возрастных особенностей, а не болезни.

Способность руководить своими действиями и отдавать себе в них отчет не следует понимать формально. Некоторые бредовые больные хорошо ориентируются во времени, месте, понимают противозаконность и наказуемость совершаемых ими деяний. Но это лишь кажущаяся сохранность психики. При более тщательном специальном обследовании у них выявляются грубые нарушения критики и неспособность осмыслить какую-либо ситуацию так, как психически здоровый человек. Известны случаи, когда психически больной по бредовым мотивам совершает опасное деяние, например, убийство. Он может знать, что убийство — наказуемое законом деяние. После убийства больной принимает меры к сокрытию следов преступления, на следствии долго защищается. И все же такой психически больной, несмотря на казалось бы разумное поведение, не может считаться вменяемым, так как в результате болезни он не мог правильно оценить всю ситуацию.

О психических болезненных нарушениях следует судить не по отдельным эпизодам, которые могут показаться разумными, а по психическому состоянию и поведению лица в целом.

Вопрос о вменяемости или невменяемости разрешается только в отношении определенного, конкретного и доказанного общественно опасного деяния. Нельзя считать невменяемым человека, признанного таковым в иное время и по другому судебному делу. При каждом новом общественно опасном деянии, совершенном лицом, хотя бы и признанным однажды психически больным и невменяемым, вопрос о вменяемости должен быть вновь рассмотрен, независимо от заключения прежней экспертизы.

Вывод о вменяемости или невменяемости делают на основании оценки психического состояния в момент совершения только определенного общественно опасного деяния. Поэтому неправильно делать вывод о невменяемости по психическому состоянию не в период совершения преступления, а во время экспертизы. Смешение этих двух понятий может повлечь за собой судебную ошибку.

Зависимость вменяемости от болезненного состояния может наблюдаться в следующих вариантах.

В одном случае опасное деяние совершает больной, страдающий тяжелой хронической психической болезнью. Естественно, что в период экспертизы он также является психически больным. Поскольку это лицо совершило общественно опасное деяние в период болезни, то оно должно быть признано невменяемым. Но может быть и так, что человек, страдающий очень редкими эпилептическими припадками и практически считающийся недушевнобольным, не обнаруживающий психоза, совершает общественно опасное деяние в состоянии болезненного расстройства сознания, свойственного таким лицам. Во время экспертизы данное лицо значительных нарушений в психической сфере также не обнаруживало. И все же оно признается невменяемым, так как деяние совершено в период болезненного расстройства психической деятельности, с утратой способности правильно руководить своим поведением и отдавать в нем себе отчет, хотя ни до совершения опасного деяния, ни в период экспертизы психоза не было.

В тех же случаях, когда психическое заболевание возникает после совершения преступления, говорить о невменяемости не следует.

Служащий одного учреждения систематически путем подлогов присваивал государственные деньги. После ареста он некоторое время давал показания на допросах и на болезнь не жаловался. Спустя месяц обвиняемый стал обнаруживать признаки психического расстройства, перестал разговаривать, отказывался от еды, не спал, сбрасывал с себя одежду. Эксперты, изучив материалы уголовного дела и освидетельствовав его, дали заключение, что обвиняемый в период совершения преступления был психически здоров и в отношении совершенного им преступления должен быть признан вменяемым, хотя в период экспертизы обвиняемый находился в болезненном состоянии.

Эксперты указали, что настоящее болезненное состояние (реактивное), возникшее после совершения преступления, носит временный характер и поэтому до выхода из него обвиняемый должен находиться на лечении в психиатрической больнице, а после выздоровления сможет предстать перед судом и нести наказание за совершенное преступление.

В указанном случае обвиняемого, находившегося в период экспертизы в болезненном состоянии преходящего характера, все же признали вменяемым, так как в период совершения преступления он не был болен.

Однако может быть и так, что преступление совершено во вменяемом состоянии, а затем до суда возникло тяжелое неизлечимое психическое заболевание.

Юноша 19 лет обвинялся в карманной краже. В период предварительного следствия у него возникло мозговое заболевание, осложнившееся в

дальнейшем психозом: на вопросы не отвечал, большую часть времени проводил в постели, был неопрятен мочой и калом, кормился из рук персонала.

Эксперты дали заключение, что в период совершения преступления обвиняемый был психически здоров и вменяем, а потом перенес органическое заболевание центральной нервной системы, оставившее после себя значительные изменения со стороны психики, и как страдающий психическим заболеванием нуждается в лечении в психиатрической больнице.

Лица, совершившие преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшие душевной болезнью, лишающей их возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, подпадают под действие второй части ст. 11 Основ уголовного законодательства. К таким лицам по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении они могут подлежать наказанию.

На время психической болезни следствие по делу может быть приостановлено до выздоровления обвиняемого или же прекращено производством, если болезнь признана неизлечимой.

При наличии психического заболевания, возникшего после совершения преступления, но еще до суда, даже в случаях, когда душевное заболевание является неизлечимым, речь должна идти не о невменяемости обвиняемого, а о невозможности его предстать перед судом и нести наказание.

Неправильным является взгляд, по которому выводы о вменяемости или невменяемости ставятся в зависимость не от психического состояния обвиняемого, а от характера правонарушения, что наглядно видно на следующем примере.

9. И., мужчина, 60 лет, обвинялся в краже фуфайки. Эксперты психиатрической больницы дали заключение, что обвиняемый страдает склерозом сосудов головного мозга и гипертонией; в момент совершения правонарушения находился в болезненном состоянии и поэтому его следует считать невменяемым.

Вскоре после экспертизы выяснилось, что обвиняемый еще до совершения кражи фуфайки систематически совершал хищения материальных ценностей со склада лесоучастка, где он работал. После совершения преступления некоторое время скрывался и тогда же совершил кражу фуфайки.

По делу о хищении лесоматериалов он опять проходил экспертизу и с тем же диагнозом (артериосклероз мозга, гипертония) был признан вменяемым.

В данном случае обвиняемый одними и теми же экспертами в отношении незначительного преступления (кража фуфайки) признан невменяемым, а в отношении другого (хищение материальных ценностей) вменяемым. Такое положение может быть, если психическое состояние в эти два периода было разным (болезненным при краже фуфайки и неболезненным при хище-

нии). Но эксперты этого не обнаружили, и диагноз как при первой, так и при второй экспертизе оставался одним и тем же. Не может быть такого положения, чтобы обвиняемый в одних случаях, как говорил еще В. П. Сербский[1], оперировал больной стороной, в других — здоровой. Если у человека существует душевная болезнь, то она отражается на всех проявлениях его психической жизни.

Невменяемость, также как и вменяемость — понятия юридические, и вопрос о признании обвиняемого вменяемым или невменяемым относится к компетенции судебно-следственных органов.

Психиатрическая экспертиза не решает вопроса о вменяемости, а дает лишь свое заключение, которое оценивается судом.

Если же суд согласится с заключением психиатрической экспертизы, то именно он, суд, а не эксперт вменяет обвиняемому в вину совершенное им преступление или признает обвиняемого невменяемым.

Однако некоторые юристы и психиатры считают, что эксперт-психиатр свою задачу должен ограничить лишь заключением о наличии или отсутствии психической болезни, а при наличии последней установить диагноз. Тем, что эксперт-психиатр дает заключение по вопросу о вменяемости, он, якобы, вторгается в функции суда.

Следует сказать, что по одному диагнозу заболевания следователь, прокурор или суд не могут сделать вывод о вменяемости подэкспертного. Для решения данного вопроса необходимо знать, мог ли обвиняемый в период совершения преступления руководить своим поведением и отдавать в нем отчет. Если речь идет о психически больных или слабоумных, то эти особенности зависят от степени и глубины заболевания, которая может быть определена только с участием эксперта-психиатра. Выводы же психиатра о наличии или отсутствии способности обвиняемого руководить своим поведением и отдавать в нем отчет есть выводы о вменяемости (или невменяемости).

Высказывание по данному вопросу (о вменяемости или невменяемости) эксперта не следует рассматривать как вторжение в функции суда уже хотя бы потому, что эксперт высказывает лишь свое мнение, дает заключение, которое подлежит оценке судом в качестве одного из источников доказательств. Суд может согласиться с ним, но может и отвергнуть.

---

[1] См. В. П. Сербский, Судебная психопатология, вып. первый, 1895 г., стр. 43.

Эксперт, как говорил В. П. Сербский, дает заключение лишь о способности ко вменению, в то время как юридический вопрос о самом вменении решает суд.

Некоторые психиатры (И. Ф. Случевский) [1] справедливо считают, что эксперты, давая утвердительный ответ о вменяемости, в иных случаях могут и должны в заключении дать психопатологическую характеристику личности обвиняемого. Чаще всего потребность в этом возникает в отношении лиц со всякого рода своеобразными чертами характера: психопатов со склонностью ко лжи, преувеличениям, фантазированию; лиц преклонного возраста с ослаблением памяти; лиц, перенесших травму мозга, обнаруживающих явления возбудимости и т. п. Наличие подобных особенностей у обвиняемых нередко ставит работников следствия и суд в затруднительное положение и наталкивает на мысль о психическом заболевании. Эксперты в таких случаях, отвергая наличие психической болезни, могут отметить своеобразие данной психически здоровой личности.

По советскому закону обвиняемый может быть признан вменяемым или невменяемым. Закон не знает каких-либо промежуточных состояний вроде «уменьшенная вменяемость», «состояние, близкое к невменяемости» и т. п.

Защитники уменьшенной вменяемости обычно указывают на отсутствие гибкости в формуле невменяемости, не допускающей промежуточных состояний между вменяемостью и невменяемостью, на то, что такая формула оторвана якобы от жизни, в которой, кроме абсолютно здоровых и бесспорно больных, имеются также лица, стоящие на грани между здоровьем и болезнью.

Эта аргументация в защиту уменьшенной вменяемости неубедительна прежде всего потому, что для разрешения вопроса о вменяемости лица, у которого болезнь носит нерезко выраженный характер, служит юридический критерий. Если совершивший преступление «стоит на грани между болезнью и здоровьем» и не может руководить своим поведением и отдавать отчет в своих действиях, он признается невменяемым.

Надобности в уменьшенной вменяемости нет еще и потому, что наш закон при наличии ряда обстоятельств (см. ст. 33 Основ) допускает смягчение вины и уменьшение наказания.

К числу таких смягчающих вину обстоятельств относится, например, сильное душевное волнение, возникшее в период совершения преступления. Так, умышленное убийство, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного вол-

[1] См. И. Ф. Случевский, Спорные вопросы судебнопсихиатрической экспертизы, «Социалистическая законность» 1955 г. № 5.

нения, влечет меньшую меру наказания, чем умышленное убийство, совершенное без отягчающих обстоятельств (ст. ст. 104 и 103 УК). Меньшую меру наказания влечет и умышленное тяжкое телесное повреждение, если оно причинено в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (ст. 110 УК).

Вопрос о том, не совершено ли преступление под влиянием внезапно возникшего сильного душевного волнения, разрешается самим судом и, как правило, без привлечения психиатрической экспертизы. Судебная практика идет именно по этому пути [1].

Советские судебные психиатры свободно обходятся без понятия уменьшенной вменяемости, которое могло бы внести в экспертную практику большую путаницу.

Следует однако отметить, что в отдельных случаях, когда речь идет о душевном волнении, следствие и суд могут привлечь эксперта-психиатра главным образом для того, чтобы решить вопрос, не достигло ли душевное волнение болезненной степени. В этих случаях эксперт на поставленный вопрос может дать утвердительный или отрицательный ответ. Если волнение не носило болезненного характера, влекущего невменяемость, суд все же может учесть его в качестве смягчающего обстоятельства. В тех же случаях, когда для суда ясно, что внезапно возникшее волнение никаких болезненных признаков не имело, он выносит решение, не прибегая к психиатрической экспертизе.

---

[1] См. «Бюллетень Верховного Суда СССР» 1958 г. № 1.

Глава 7

ЭКСПЕРТИЗА СВИДЕТЕЛЕЙ И ПОТЕРПЕВШИХ

Согласно ст. 16 Основ уголовного судопроизводства Союза ССР и союзных республик доказательствами являются любые фактические данные, на основе которых в определенном законом порядке органы дознания, следователь и суд устанавливают наличие или отсутствие общественно опасного деяния, виновность лица, совершившего это деяние, и иные обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела.

Эти данные устанавливаются показаниями свидетеля, потерпевшего, подозреваемого, обвиняемого, заключением эксперта и др. Таким образом, свидетель является важнейшим источником доказательств. Таким же источником доказательств может явиться и потерпевший, допрашиваемый по делу.

От свидетеля требуется, чтобы он был правдивым, т. е. сообщал все известное ему по делу. Показания свидетеля должны быть достоверными, т. е. соответствовать или максимально приближаться к объективной действительности.

Статья 73 УПК, касающаяся данного вопроса, гласит: «Свидетель обязан явиться по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора, суда и дать правдивые показания: сообщить все известное ему по делу и ответить на поставленные вопросы...».

Однако свидетельские показания иногда оказываются неполноценными. В одних случаях они могут быть неправдивыми из-за недобросовестного отношения свидетеля к выполнению своих гражданских обязанностей (в случаях лжесвидетельства). В других — свидетель, при самом добросовестном отношении к своим обязанностям, все же дает показания, находящиеся в противоречии с действительностью.

Добросовестное заблуждение свидетелей может быть обусловлено рядом обстоятельств: субъективным состоянием свидетеля (испуг, растерянность); ошибками восприятия; неспособностью запомнить и воспроизвести виденное и иными причинами психологического характера.

Выяснение причин недостоверности свидетельских показаний в прошлом считалось возможным установить путем эксперимен-

тально-психологических исследований, которые тогда настойчиво пропагандировались и широко применялись.

Введение психологической экспертизы, как регулярно действующего процессуального способа определения качества свидетельских показаний, в дореволюционное время отстаивали некоторые ученые, в частности Л. Е. Владимиров.

Порочность этого взгляда заключается прежде всего в тенденции умалить значение свидетельских показаний, в утверждении, что достоверность свидетельских показаний может быть вскрыта только путем психологической экспертизы и психологического исследования свидетеля. Получалось так, что не суд оценивает факт, вытекающий из свидетельского показания, а эксперт-психолог.

Советское право стоит на позициях недопустимости в судебном процессе психологической экспертизы, ведущей к отрицанию роли суда, как органа социалистического государства, и отвергающей оценку доказательств по внутреннему убеждению судей.

О достоверности свидетельских показаний должен судить не эксперт, а суд, которому принадлежит право оценивать все источники доказательств по делу, в том числе и свидетельские показания. Для такой критической оценки судья должен быть вооружен современными знаниями психологии, физиологии, права, криминалистики и быть в состоянии правильно оценить свидетельские показания и избежать ошибок, против которых психологи рекомендуют негодные средства.

В законах разных стран приводятся всякого рода ограничения для лиц, допрашиваемых в качестве свидетелей. В некоторых из них дается даже перечень лиц, которые не могут быть свидетелями.

По Советскому же праву не может допрашиваться в качестве свидетеля только лицо, которое в силу своих физических или психических недостатков не способно правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания (ст. 72 УПК). Если же возникает сомнение в наличии таких способностей у свидетеля или потерпевшего, проведение экспертизы для определения их психического и физического состояния обязательно (ст. 79 УПК).

Понятно, что если возникает сомнение в психическом состоянии свидетеля. то экспертом может быть лишь врач-психиатр, заключение которого должно вытекать из данных психиатрической науки.

Полноценный свидетель должен обладать способностью правильно и точно воспринимать наблюдаемые им явления,

удерживать воспринятое в памяти, правильно воспроизводить воспринятое и давать о нем показания.

В наиболее выраженной форме неспособность воспринимать явления и давать о них показания наблюдается у психически больных, у которых понимание и осмысливание явлений, даже при внешне казалось бы адекватном восприятии, оказывается грубо нарушенным. Больной с бредом преследования может как будто бы правильно наблюдать за поведением кого-либо из окружающих. Однако в силу бредового понимания он может истолковать данный факт извращенно и в искаженном виде рассказать о нем.

Ошибочное восприятие, неверное понимание явления и неправдоподобные показания могут явиться следствием интеллектуальной недостаточности, ослабления памяти, расстройства сознания, некоторых других психических нарушений.

Можно ли принимать во внимание свидетельские показания больного, обнаруживающего органическое заболевание мозга (опухоль мозга) с выраженной психопатологической симптоматикой? Такой больной обнаруживал признаки выраженного психоза с явным бредом. Он, например, утверждал, что соседи по квартире переговариваются между собой, часто по его адресу произносят малопонятные фразы, в чай «подбрасывают отраву», от чего у него обостряется гастрит и появляются сердечные боли. Критика к ряду происходящих событий у него отсутствовала; он нелепо толковал отдельные факты прошлого. Утверждал, например, что одна из соседок по квартире «действует» против него и в этом он убедился, «продумав разговор с ней, имевший место 17 лет тому назад».

Экспертами дано заключение, что он, как психически больной, участвовать в судебном процессе в качестве свидетеля не может и ранее данные им показания не могут быть использованы в качестве источника доказательств по делу.

Не могут быть свидетелями и лица, обнаруживающие слабоумие в глубокой степени. Даже точность и обстоятельность рассказа слабоумных не является гарантией достоверности их показаний, так как нередко вследствие ли ошибок памяти, собственных ли вымыслов или вследствие постороннего влияния, они извращают те события, очевидцами которых были.

Использование показаний психически больных следует считать противоречащим духу советского законодательства.

Задача психиатра при экспертизе свидетеля или потерпевшего сводится к тому, чтобы дать заключение об их психическом здоровье и в связи с этим ответить на вопрос, могут ли они правильно воспринимать имеющие значение по делу явле-

ния и давать о них правильные показания, т. е. могут ли они быть свидетелями по делу.

Некоторые работники следствия и суда считают, что перед психиатрической экспертизой можно поставить вопрос о достоверности свидетельских показаний

Вопрос о достоверности свидетельских показаний как психически здоровых людей, так и психически ненормальных не входит в функцию эксперта-психиатра.

Может ли, например, психиатр доступными ему в качестве врача-эксперта способами дать заключение о достоверности показаний следующего психически больного?

10. Г., мужчина, 40 лет, был направлен на психиатрическую экспертизу в качестве потерпевшего (во время нападения на него трех человек получил тяжелое телесное повреждение с ранением мышцы сердца). Все это происходило в присутствии жены, к которой потерпевший вернулся, выписавшись из психиатрической больницы.

На следствии все участники этого происшествия заявили, что они не знают, кто ранил Г., и решительно отрицали свою вину. Потерпевший же сообщал самые противоречивые сведения. Подобравшим его людям на улице он сказал, что его «порезала жена»; дежурному врачу больницы заявил, что его ранил один из напавших на него (указал на определенное лицо). На первом допросе Г. показал, что на него набросились все четверо и кто его ранил ножом, сказать не может; на следующем допросе назвал уже другое лицо из числа нападавших.

По ходатайству адвоката потерпевший был направлен на судебнопсихиатрическую экспертизу «для определения его психического состояния и решения вопроса о достоверности его свидетельских показаний».

Во время экспертизы испытуемый обнаруживал резкое снижение критики, грубые нарушения процессов мышления и ряд странностей. Говорил, что правая половина тела у него грязная и «предназначена для людей, денег и скобок, а левая — для всего чистого». Если он возьмется левой рукой за какой-либо предмет, например за ручку двери, то чувствует, как рука становится тяжелой, как бы наливается свинцом. Себя считает психически здоровым и что только в прошлом у него были галлюцинации, в психиатрические больницы неоднократно попадал чисто «механически». Сейчас он обладает «выдающимися способностями в области философии, астрономии и в других науках».

Эксперты в заключении указали, что потерпевший как психически больной (диагноз — шизофрения) давать показания по делу не может, а ранее данные им показания следует рассматривать как показания психически больного и служить источником судебных доказательств они не могут.

Эксперты поступили неправильно, если бы попытались дать ответ о достоверности столь противоречивых показаний описанного больного. Для этого они не располагали никакими возможностями.

Следствие в таких случаях должно опираться не на показания психически больного потерпевшего, а на другие источники доказательств.

Таким образом, объектом психиатрической экспертизы должны быть не свидетельские показания и их достоверность, а сам свидетель (или потерпевший) и его способность давать показания. Это полностью соответствует закону, который предусматривает постановку перед экспертом вопросов, касающихся свидетелей, а не свидетельских показаний.

При оценке достоверности показаний в некоторых случаях может оказаться ценным указание эксперта-психиатра на наличие у свидетеля умеренного снижения памяти, повышенной внушаемости, склонности к вымыслам и других особенностей, которые хотя и не лишают способности быть свидетелем, но в какой-то степени должны быть учтены следствием и судом при сопоставлении показаний таких лиц с другими доказательствами по делу.

Свидетельские показания хотя и не являются объектом психиатрической экспертизы, все же для эксперта-психиатра могут явиться ценнейшим материалом при психопатологической характеристике личности свидетеля.

Нелепый характер заявлений и показаний, несоответствие их объективным данным могут вызвать подозрение в психическом заболевании заявителя и свидетеля. Такого рода заявления и «свидетельские показания» иногда носят характер самооговора или оговора.

Самооговоры наблюдаются как у психически здоровых, так и психически больных людей. У психически здоровых они носят целевой характер и диктуются реальными мотивами. В основе самооговора психически больных лежат болезненные побуждения. Психически больные приписывают себе преступления, которые совершены другими лицами, или же обвиняют себя в преступлениях, вообще не имевших места и являющихся следствием бредовых идей, бреда самообвинения в состоянии депрессии, результатом болезненного фантазирования.

У некоторых неполноценных лиц самооговоры проявляются с целью привлечь внимание или возвеличить себя в глазах окружающих (наблюдение 60). Иногда самооговоры являются результатом повышенной внушаемости и неумело проведенного допроса (наблюдение 4).

Оговоры могут проявляться также со стороны психически больных.

Девушка 19 лет сообщила сестре, что ее изнасиловал врач и скоро у нее будет ребенок. По заявлению сестры возникло судебное дело. Несмотря на довольно обстоятельное описание обстановки, в которой якобы было совершено насилие, никаких объективных данных не было получено, следов насилия и повреждения девственной плевы обнаружено не было. Сама «потерпевшая» вела себя странно, уходила из дома, утверждала, что беременна, говорила, что ее отравила сестра. Как психически больную, ее поместили

в психиатрическую больницу, где галлюцинировала (говорила, что слышит голос бога), произносила нечленораздельные звуки, к чему-то прислушивалась, считала, что окружающие обвиняют ее в разврате, оскорбляют, сидела в неудобной, застывшей позе, временами гримасничала, была неспокойна, агрессивна. Больную признали психически больной (диагноз — шизофрения). Ее показания по делу оказались бредовыми высказываниями.

Как показывает судебнопсихиатрическая практика, оговоры наблюдаются у больных с бредом преследования и у лиц с грубыми расстройствами памяти в виде болезненных измышлений. Бесконечные жалобы и обвинения в неблаговидных поступках и преступлениях разных лиц иногда являются не чем иным, как оговором психически больного с сутяжным поведением. Оговоры наблюдаются также у истерических особ, которые иногда обвиняют в сексуальных домогательствах неповинных в этом лиц.

Следует предполагать наличие оговора в случаях, когда делается ссылка на преступление, совершенное якобы в гипнозе. Чтобы правильно оценить такие жалобы, следует иметь в виду, что гипнотическим внушением, по мнению многих психиатров, нельзя заставить субъекта совершить такие поступки, которые противоречат основному складу его личности. В тех же случаях, когда внушаемое гармонируется с личностью, оно достигается без особого труда и без гипноза. В этом отношении пределы гипнотического воздействия ограничены. Нельзя, например, в гипнозе получить признание у несознающегося преступника.

Попутно следует отметить, что насильственное гипнотическое усыпление вообще невозможно и поэтому всякого рода попытки применить гипноз для раскрытия преступления безрезультатны. В редких случаях, когда такое лицо может оказаться загипнотизированным, сведения, добытые в гипнотическом сне, т. е. в состоянии неясного сознания, не могут расцениваться как достоверные и они могут резко отклоняться от истины. Поэтому применение гипноза с целью раскрытия правонарушения следует считать совершенно недопустимым.

Оговоры и самооговоры создают значительные трудности в работе судебно-следственных органов и во многих таких случаях необходима психиатрическая экспертиза.

Критерии неспособности психически больного давать свидетельские показания существенно отличаются от критериев невменяемости. В отношении свидетелей стоит вопрос не об их вменяемости или невменяемости, а способности или неспособности правильно воспринимать имеющие значение по делу явления и давать о них правильные показания.

Глава 8

ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ. НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ

Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе занимает сравнительно небольшое место. Объясняется это тем, что ряд прав отдельных граждан в области имущественных, брачных, семейных, трудовых и других отношений определен специальными положениями и споры во многих случаях разрешаются без суда. Этому в значительной степени способствует и то, что при наличии бесплатной медицинской помощи и широкой сети лечебных учреждений лица с психическими отклонениями находятся под постоянным врачебным наблюдением, над ними установлена опека, в связи с чем нередко отпадает надобность в проведении специальной экспертизы.

Вопрос о психиатрической экспертизе при разрешении судом гражданского спора возникает в связи с сомнением в психическом здоровье истца или ответчика, не находящегося под опекой. В таком случае суд приостанавливает дело для проведения экспертизы и разрешения вопроса о назначении опекуна (ст. 113 п. 6 ГПК), который и должен защищать интересы своего подопечного в судебном процессе. Эксперты выделяются самим судом, органами здравоохранения или руководителем психиатрического учреждения, а не заинтересованной стороной. Таким образом, эксперты независимы от истцов и ответчиков.

Порядок проведения судебнопсихиатрической экспертизы в гражданском процессе регламентирован специальной инструкцией[1].

Основным вопросом, в разрешении которого принимает участие эксперт-психиатр в судебном процессе по гражданским делам, является вопрос о дееспособности.

Определение понятия недееспособности. В соответствии со ст. 7 ГК под дееспособностью следует понимать способность лица своими действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности. Дееспособность означает также способность к совершению сделок и других пра-

[1] См. приложение II на стр. 360.

вомерных действий и обязанность возместить причиненный своими действиями вред другому лицу.

По действующему Гражданскому кодексу РСФСР дееспособность в полном объеме возникает с достижением совершеннолетия, т. е. с 18-летнего возраста. Лица, не достигшие 14 лет, являются полностью недееспособными.

Уголовной же ответственности подлежат лица, которым до совершения преступления исполнилось 16 лет, а по некоторым преступлениям — с 14 лет.

Подростки от 14 до 18 лет обладают ограниченной или частичной дееспособностью: они могут работать, вправе самостоятельно распоряжаться получаемой заработной платой или вознаграждением за личный труд, но все прочие сделки могут совершать только с согласия своих законных представителей — родителей, усыновителей, попечителей.

Дееспособность предполагает наличие гражданской правоспособности, которая неотделима от существования человека и не зависит от состояния его здоровья.

Так как правоспособность возникает с момента рождения, а дееспособность только с 18-летнего возраста, то в области имущественных отношений, регулируемых гражданским правом, дееспособность не совпадает с правоспособностью. Не совпадает дееспособность с правоспособностью и при душевной болезни или слабоумии. Психически больной имеет право, например, на получение пенсии от государства, но распоряжаться ею может только с ведома опекуна.

В соответствии со ст. 8 ГК лица, которые вследствие душевной болезни или слабоумия не способны рассудительно вести свои дела, могут быть надлежащими учреждениями объявлены недееспособными.

Аналогично невменяемости, которая устанавливается при наличии медицинского и юридического критериев, недееспособность также устанавливается только при наличии медицинского и юридического критериев. Как в уголовном процессе юридический критерий дополняет и корригирует медицинский, так и в гражданском процессе наличие душевной болезни или слабоумия само по себе не дает основания говорить о недееспособности. Недееспособными признаются только те лица, которые вследствие душевной болезни или слабоумия не способны рассудительно вести свои дела. «Установление психологического критерия и в вопросе о гражданской дееспособности, — говорил В. П. Сербский, — является настолько же существенно необходимым, как и при обсуждении вопроса об уголовной вменяемости». Дееспособность, — говорит он, — представляет

не что иное, как юридическую формулу для обозначения известного психического состояния.

Недееспособным может быть только лицо, которое не понимает значения совершаемого им. Лицо, понимающее совершаемое им и способное руководить своими поступками, остается дееспособным, хотя бы оно страдало тяжелой и неизлечимой болезнью.

Каковы же юридические или психологические признаки дееспособности и недееспособности?

Способность рассудительно вести свои дела определяется наличием таких качеств ума, которые обеспечивают правильное поведение человека в его практической деятельности. О недееспособности можно говорить только тогда, когда человек по своему психическому состоянию не может правильно понимать окружающее и жизненную ситуацию, в которой находится, принимать при этом правильное решение и совершать разумные и адекватные ситуации действия.

Невменяемость и недееспособность нередко совпадают: невменяемое лицо может оказаться и недееспособным. Однако между этими понятиями существует и принципиальная разница. В то время как невменяемость касается только определенного конкретного общественно опасного деяния и обусловлена психическим состоянием в период совершения этого акта, вопрос о недееспособности может касаться как отдельно совершенного юридического акта, например, подписания завещания, так и способности лица рассудительно вести свои дела на более или менее продолжительный период времени в будущем.

При экспертизе в иных случаях важно установить, с какого времени больной стал недееспособным, если признан таковым. Если, например, недееспособность наступила после подписания какого-либо акта, то такой документ не утрачивает юридической силы. Если же будет установлено, что сделка была заключена в таком состоянии, что заключившее сделку лицо не могло понимать своих действий, то такая сделка в соответствии со ст. 31 ГК может быть признана недействительной.

Так, Ф., являясь слабоумным в результате эпилепсии, подписал соглашение с кровельщиками, по которому обязался уплатить 910 руб. за ремонт крыши дома. Стоимость работы была явно завышена. После выполнения работ кровельщики потребовали уплаты означенной суммы, но Ф. отказался уплатить, ссылаясь на то, что, подписывая трудовое соглашение, не понимал, что именно подписывал. Эксперты пришли к выводу, что Ф. страдает хроническим психическим заболеванием в форме эпилептического слабоумия, в период подписания трудового соглашения был недееспособным и должен находиться под опекой родных.

Порядок установления недееспособности. Из текста ст. 8 ГК явствует, что те лица, которые вследствие душевной болезни или

слабоумия не способны рассудительно вести свои дела, могут быть объявлены недееспособными.

Право признавать душевнобольных и слабоумных недееспособными и назначать над ними опеку, принадлежит исполкомам местных Советов депутатов трудящихся и их отделам (в отношении этой группы — отделы здравоохранения). При разрешении спора в суде и при наличии заключения экспертизы о недееспособности больного и нуждаемости его в опеке суд доводит об этом до сведения исполкома по месту жительства больного для принятия соответствующих мер.

Основанием для признания психически больного и слабоумного недееспособным, нуждающимся в опеке, является заключение врачей-специалистов.

Порядок освидетельствования душевнобольных и слабоумных для установления над ними опеки изложен в Кодексе законов о браке, семье и опеке.

В законе сказано, что органы опеки и попечительства для освидетельствования таких лиц назначают специальную комиссию под председательством заведующего отделом здравоохранения или лица, им уполномоченного, и в составе не менее двух врачей, из которых один должен быть психиатром.

Комиссии предоставлено право поместить освидетельствуемого в специальное лечебное заведение на срок не более двух месяцев или подвергнуть его наблюдению на дому. О результатах освидетельствования составляется подробный акт (см. ст.ст. 103, 105 и 106 КЗоБСО).

Лица, признанные с соблюдением этого порядка нуждающимися в опеке из-за их психической болезни или слабоумия, естественно, являются и недееспособными. При наличии тяжелого физического или соматического недуга и сохранности психических способностей может быть назначено попечительство. Оно не влечет за собой недееспособности. Значит, недееспособным может считаться только то лицо, которое нуждается в попечительстве и опеке из-за психической болезни или слабоумия.

Вопрос о недееспособности возникает также в отношении лиц, которые не были под опекой, хотя и обнаруживали отклонения в психической сфере. Чаще всего такого рода вопрос возникает при обжаловании в суде законности всякого рода одномоментных юридических актов.

Итак, судебнопсихиатрическая экспертиза по вопросам дееспособности осуществляется при разборе в суде споров, касающихся односторонних сделок (завещания, договоры дарения, отказ от наследства), взаимных сделок (купля-продажа, обмен), расторжения брака в связи с психическим заболеванием

одного из супругов, возмещения убытков, причиненных психически больным.

Рассмотрим отдельные виды такой экспертизы.

Недееспособность при подписании завещания. Вопрос о дееспособности наиболее часто встречается при рассмотрении дел о законности завещания.

Для действительности завещания как юридической сделки завещатель должен обладать дееспособностью.

Советское право не знает особой завещательной дееспособности, поэтому для составления завещания достаточно наличия общей дееспособности. Те же лица, которые вследствие душевной болезни или слабоумия в период подписания завещания не способны были рассудительно вести дела, т. е. были не дееспособны, не могут совершать завещание, а уже совершенное завещание в состоянии недееспособности должно считаться недействительным.

Для установления судом факта недееспособности требуется психиатрическая экспертиза. Справки врачей о психическом состоянии завещателя могут не содержать ответа на вопрос о дееспособности. Чаще всего такая экспертиза назначается уже после смерти завещателя, в связи с чем связаны значительные трудности. Так как эксперт лишен возможности лично освидетельствовать завещателя, то он вынужден дать оценку психического состояния в момент подписания им завещания и высказать мнение по вопросу о дееспособности только по имеющимся в деле документам, медицинским справкам, свидетельским показаниям.

11. О., женщина, 74 лет, будучи больной, подписала у себя на дому завещание, по которому все имущество, в том числе и принадлежащий ей дом, завещала Р. — соседке.

По материалам дела О. заболела год тому назад: ее поведение изменилось, она стала неряшливой, рассеянной, неопрятной, перестала следить за своей внешностью, небрежно одевалась, на улицу выходила в одном валенке на одной ноге и тапочке — на другой. Память резко ослаблена, она, например, обвиняла соседа в краже гуся, который недавно был зарезан по ее же указанию. За пять месяцев до подписания завещания у О. было кровоизлияние в мозг, и врач, регулярно наблюдавший больную, отметил в истории болезни: «Находится в тяжелом, иногда бессознательном состоянии».

В дальнейшем здоровье больной несколько улучшилось, но поведение продолжало оставаться неправильным: она ходила по улице, обвешанная грязными чулками и носками, дома рвала простыни на ленточки и пришивала их к подушке. Иногда спрашивала у соседей, кто проживает в ее доме, хотя раньше всех хорошо знала по имени. Явления неполного паралича после кровоизлияния сохранились.

Как утверждает один из свидетелей, в день подписания завещания О. спрашивала, зачем приезжали к ней люди, не понимала, зачем заставляли ее подписывать какие-то бумаги. В тот период, как отмечено в истории болезни, больная заговаривалась.

Прокурор подал в суд иск о признании завещания недействительным.

На основании приведенных обстоятельств эксперты дали заключение, что в период оформления завещания О. обнаруживала признаки церебрального артериосклероза и остаточные явления перенесенного мозгового кровоизлияния с выраженными изменениями со стороны психики и поэтому в тот период ее следует считать недееспособной.

Для выводов о недееспособности О. в период подписания завещания у экспертов было достаточно оснований: врачебные справки, подтверждающие наличие болезни, выписки из историй болезни, показания свидетелей о грубых и стойких расстройствах психики больной. Болезнь началась еще до подписания завещания.

О психическом состоянии завещателя эксперты в какой-то степени могут судить по характеру завещания, по тому, насколько оно согласуется со взглядами завещателя, высказываниями и взаимоотношениями его с родными и окружающими.

Этому обстоятельству законодательство некоторых государств придает настолько серьезное значение, что если завещание явно душевнобольного составлено разумно и правильно, то оно принимается за доказательство светлого промежутка, наступившего у психически больного завещателя.

В нашей практике выводы о недееспособности опираются не столько на характер и содержание завещания, сколько на результаты освидетельствования, если это возможно, на медицинские документы и на свидетельские показания. Однако к свидетельским показаниям лиц, заинтересованных в исходе дела, эксперты и суд должны подходить критически. Иногда свидетельские показания могут носить явно тенденциозный характер и поэтому в расчет могут быть и не приняты.

Ухудшение психического состояния после подписания договора дарения (или завещания) ни в какой степени не является причиной для признания этого договора недействительным, и психическая болезнь, возникшая после совершения завещания, не влияет на силу завещания. И, наоборот, завещание, составленное недееспособным, не станет действительным даже в том случае, если завещатель впоследствии выздоравливает.

При оценке завещаний следует иметь в виду, что дееспособность может быть утрачена не только при хронических психических заболеваниях, но и при всякого рода временных нарушениях психической деятельности, в результате острых инфекционных заболеваний, при остром отравлении наркотиками и других подобного рода состояниях.

При дарении имущество так же, как и при завещании, безвозмездно переходит в собственность одаряемого, при согласии последнего принять имущество в дар. В связи с этим в отношении составителя договора дарения нередко возникают те же споры о дееспособности дарителя и действительности его волеизлияния, что и в отношении завещателя. Подобные споры разбираются в суде обычно с участием психиатрических экспертов.

Недееспособность при заключении сделок. Вопрос о недееспособности возникает иногда и при разрешении споров, касающихся сделок и взаимных договоров о купле-продаже, разделе имущества, обмене жилплощади и т. п. Если окажется, что хотя бы одна из сторон, заключивших двухстороннюю сделку, лишена дееспособности в результате психической болезни, слабоумия или временного болезненного состояния, когда оно не могло понимать значения своих действий, то такая сделка считается недействительной.

При экспертизе по вопросу о дееспособности одного из лиц, участвующих в заключении двухсторонней сделки, для эксперта важно установить, насколько глубоко были выражены психические нарушения в момент заключения сделки и могло ли данное лицо понимать значение своих действий.

В тех случаях, когда договор совершен недееспособным лицом и поэтому признан недействительным, в соответствии со ст. 148 ГК, каждая из сторон обязана возвратить все полученное по договору, а дееспособный контрагент обязан возместить недееспособному понесенный последним вследствие договора положительный ущерб в имуществе.

Обмен жилыми помещениями может быть признан недействительным только по суду, если будет установлено, что разрешение на обмен было дано, несмотря на наличие обстоятельств, препятствующих производству обмена, а также по общим основаниям, установленным законом для признания сделок недействительными (ст.ст. 30—35 ГК).

Заявление о расторжении сделок по причине недееспособности чаще всего подают в суд родители, родственники или опекуны недееспособных психически больных, заключивших эту сделку.

Недееспособность при заключении и расторжении брака. При регистрации брака среди ряда документов должна быть представлена подписка о взаимном осведомлении о состоянии здоровья, в том числе в отношении психических заболеваний.

Не может быть заключен и, следовательно, не подлежит регистрации брак между лицами, из которых хотя бы одно признано в установленном порядке душевнобольным или слабо-

умным (ст. 6 КЗоБСО). Если же выяснится, что один из супругов уже при оформлении брака был слабоумным или душевнобольным, то такой брак вообще считается недействительным.

Признание судом брака недействительным означает, что юридически брак не существовал. Недействительный брак не влечет за собой никаких прав и обязанностей между лицами, вступавшими в такой брак, в частности, прав на получение содержания от другого супруга, права на долю в общем имуществе.

При возникновении психического заболевания в период супружеской жизни иногда встает вопрос о прекращении существующих брачных отношений на будущее.

К числу обстоятельств, наличие которых может создать необходимость расторжения брака, относится хроническая душевная болезнь одного из супругов. Дела о расторжении брака в этих случаях в соответствии с п. 16-а Инструкции НКЮ СССР от 27 ноября 1944 г. рассматриваются в упрощенном процессуальном порядке в судах второй инстанции без предварительного рассмотрения дела в народном суде, без вызова ответчика, публикации в газете и без взимания предусмотренной законом суммы при выдаче свидетельства о разводе.

Нельзя думать, пишет Г. М. Свердлов [1], что из установления особого упрощенного процесса для развода с душевнобольным вытекает абсолютная обязанность для суда вынесения решения о разводе. Можно представить себе случай, когда решение суда о разводе было бы поощрением безнравственного поведения заявителя. Может оказаться, что требование о расторжении брака преследует цель избавиться одному из супругов от обязанностей оказывать моральную и материальную поддержку второму супругу и помочь ему восстановить свое здоровье. Могут быть случаи, когда развод явится причиной моральных страданий детей. Это, конечно, не надо понимать так, что душевная болезнь не может служить основанием для развода. Несомненно, бывают обстоятельства (и часто), когда сохранение такого брака было бы мучением и для другого супруга, и для детей. Все эти обстоятельства должны быть тщательно изучены судом, особенно при разрешении вопроса о лишении родителей их родительских прав из-за психической болезни.

Суд может расторгнуть брак только в случае, когда он придет к убеждению, что возбуждение дела о разводе вызвано обоснованными мотивами и что дальнейшее сохранение брака не может создать нормальных условий для совместной жизни и воспитания детей.

---

[1] См. Г. М. Свердлов, Советское семейное право, М., 1958, стр. 139.

12. К. возбудил дело о разводе, ссылаясь на наличие у жены психической болезни. Детей он просил оставить на воспитание у него, жене как нетрудоспособной обязывался выплачивать пособие вплоть до ее излечения. В браке они состояли 16 лет. Испытуемая была против развода, а ее родные оспаривали доводы К., заявляя, что ничего, что бы угрожало благополучию детей, жена не проявляла. Они сомневались и в наличии у жены К. психического заболевания.

При обследовании у К. обнаружены обильные бредовые идеи, странности в поведении и отсутствие критики к окружающему и к своим поступкам. К., например, считала, что муж околдовывает ее, для чего «заплетает цветы» и при этом что-то шепчет, как-то по-особенному, вбивает гвозди в стену, считает, что колдовские действия он распространяет и на детей, пытается их отравить, для чего порог комнаты посыпает солью и перцем, а в пищу «подкладывает отраву». Считала, что на ее голову действуют откуда-то электромагнитные волны, которые лишают сообразительности, иногда она слышит «звучание чужих мыслей». Последнее время К. писала на мужа жалобы, адресуя их в разные организации, сообщала вымышленные истории о его неверности, «колдовстве», развращении им детей. Больная за детьми перестала следить, дома почти не бывала, все время выслеживала мужа и ходила в различные организации с жалобами на него.

Экспертная комиссия дала заключение, что подэкспертная страдает хроническим душевным заболеванием в форме шизофрении и как душевнобольная должна считаться недееспособной, воспитывать детей не может и по своему психическому состоянию нуждается в наложении опеки и в лечении в психиатрической больнице[1].

Расторжение брака с лицом, признанным душевнобольным, чаще всего бывает связано с вопросом о материальном обеспечении детей или о разделе общего имущества супругов и о назначении опеки для защиты личных и имущественных прав супруга-ответчика и детей.

Не следует, однако, полагать, что наличие всякой хронической психической болезни любой тяжести является основанием для расторжения брака. Брак может быть расторгнут только при такой хронической психической болезни, при которой отсутствует способность больного рассудительно вести свои дела, т. е. при недееспособности больного. Те лица, которые страдают хронической психической болезнью, но без грубых изменений психики или с редкими болезненными приступами, являются фактически дееспособными и могут вступать в брак, а заключенный ими брак следует считать действительным.

Если же дело доходит до суда, то решению должна предшествовать психиатрическая экспертиза. Перед экспертизой в таком случае ставят вопросы, касающиеся не только характера и глубины заболевания, но и его прогноза. Заболевание кратковременное и с благоприятным исходом, как правило, не может служить основанием для расторжения брака. Этот вопрос более сложен тогда, когда возникшая в период супружеской жизни психическая болезнь имеет длительный и тяжелый

[1] См. «Проблемы судебной психиатрии», сб. VII, М., 1957, стр. 113—115.

характер. Суд должен учитывать длительность супружеской жизни, поведение заболевшего при совместном проживании, наличие детей и отношение к ним супругов.

Назначение опеки. Как правило, над лицами, признанными в установленном порядке слабоумными или душевнобольными и недееспособными, в соответствии со ст. 69 КЗоБСО, назначается опека для защиты их личности, законных прав и интересов, а также для охраны их имущества (ст. 68 КЗоБСО).

Органами опеки и попечительства являются исполнительные комитеты Советов депутатов трудящихся. Осуществление функций по опеке и попечительству исполкомы возлагают на соответствующие отделы местных Советов, в отношении слабоумных и душевнобольных — на отделы здравоохранения.

Для непосредственного осуществления опеки и попечительства назначается опекун или попечитель. Родители и усыновители признаются опекунами или попечителями без специального назначения.

Сущность опеки заключается в том, что из-за недееспособности психически больного или слабоумного от его имени действует опекун, создавая своими действиями права и обязанности для подопечного.

Опекун над душевнобольным или слабоумным обязан принимать меры к лечению и содержанию его в условиях, соответствующих состоянию здоровья подопечного (ст. 79 КЗоБСО).

Опека снимается после выздоровления душевнобольного.

Освидетельствование душевнобольного в целях признания его выздоровевшим и подлежащим освобождению из-под опеки производится в том же порядке, в каком происходило освидетельствование на предмет признания душевной болезни и установления опеки (ст.ст. 107—108 КЗоБСО).

Иск потерпевших от недееспособного. По закону причинивший вред личности или имуществу другого обязан возместить причиненный вред. Если вред причинен действием, запрещенным под страхом наказания, то лицо, совершившее такое действие, несет как уголовную, так и гражданскую ответственность. Если же вред причинен противоправным действием, за которое по закону не установлена уголовная или дисциплинарная ответственность, возникает только гражданская ответственность за причиненный вред.

В соответствии со ст. 405 ГК, недееспособное лицо не отвечает за причиненный им вред; за него отвечает лицо, обязанное иметь за ним надзор. Такими лицами являются родители, опекуны, попечители, а также учреждения, в которых больные находятся на излечении, и персонал. Они могут быть свободными

от ответственности только в случае, если докажут, что не могли предотвратить причиненного недееспособным вреда.

Следует отметить также, что в иных случаях не несет ответственности за причиненный вред лицо, находящееся в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности. Может оказаться, например, что у лица, страдающего эпилепсией, во время нахождения в магазине, возник припадок с расстройством сознания, во время которого был нанесен материальный ущерб торговой организации (разбита, например, витрина и приведены в негодность находившиеся на ней товары). В данном случае отсутствует гражданская вина больного, и если к нему будет предъявлен гражданский иск за причиненный им вред, то, очевидно, такой больной будет признан в тот период недееспособным.

В том случае, если данный поступок будет квалифицирован как уголовное преступление (например, хулиганство), то в отношении его больной будет признан невменяемым и уголовная ответственность отпадает.

Глава 9

ЭКСПЕРТИЗА ОСУЖДЕННЫХ

В отношении лиц, осужденных за совершение преступления и отбывающих наказание в местах лишения свободы, необходимость в психиатрической экспертизе возникает при разрешении судом вопроса о досрочном освобождении в связи с психическим заболеванием заключенного и при пересмотре вынесенного приговора в связи с вновь открывшимися обстоятельствами, относящимися к психическому здоровью заключенного.

Вопрос о досрочном освобождении заключенных в связи с психическим заболеванием разрешается в соответствии со ст. 362 УПК, в которой сказано следующее:

«В случае, когда лицо, осужденное к лишению свободы, во время отбывания наказания заболело хронической душевной или иной тяжкой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, суд по представлению администрации исправительно-трудового учреждения на основании заключения врачебной комиссии вправе вынести определение об его освобождении от дальнейшего отбывания наказания.

При освобождении от дальнейшего отбывания наказания осужденного, заболевшего хронической душевной болезнью, суд вправе применить принудительные меры медицинского характера или передать его на попечение органов здравоохранения...».

Из содержания указанной статьи следует, что суждению суда об освобождении от дальнейшего отбывания наказания подлежат те лица, в отношении которых есть заключение врачебной комиссии о наличии хронической душевной болезни. Такие врачебные комиссии организуются обычно санитарной службой исправительно-трудового учреждения и комплектуются администрацией этих учреждений.

Характер работы врачебных комиссий исправительно-трудовых учреждений отличается от деятельности судебнопсихиатрической экспертизы. Известно, что судебнопсихиатрический эксперт назначается постановлением следователя или определением суда и с момента назначения врача экспертом он наделяется определенными правами и обязанностями, предусмотренными законом. Врач, выделенный в медицинскую комиссию по

распоряжению администрации мест заключения, правами эксперта не обладает. Он производит лишь медицинское освидетельствование заключенного, а не экспертизу.

Первичное психиатрическое освидетельствование заключенных, производимое в исправительно-трудовых учреждениях, носит более оперативный характер и позволяет на месте отбирать лиц со всякого рода психопатологическими отклонениями. В клинически ясных случаях при тяжелом хроническом психическом заболевании врачебная комиссия дает необходимое заключение и по ним суды выносят решение.

В некоторых случаях администрация мест заключения направляет заключенных в психиатрические больницы с тем, чтобы получить более квалифицированные выводы по сложным психиатрическим вопросам. В подобных случаях врачи психоневрологических больниц фактически выполняют функции врачебных комиссий мест заключения.

О психиатрической экспертизе в собственном смысле слова можно говорить только в случаях, когда суд сомневается в правильности и обоснованности медицинских выводов врачей мест заключения и определением назначает специальную судебно-психиатрическую экспертизу.

Для экспертизы в психиатрические больницы направляются обычно осужденные, обнаруживающие такое психическое заболевание, тяжесть и характер которого в условиях мест заключения врачебная комиссия определить не может.

Вопросы, которые ставятся на разрешение психиатрической экспертизы в отношении данного контингента заключенных, могут быть сформулированы приблизительно так: является ли заключенный психически больным; если будет выявлено психическое заболевание, то установить его диагноз и дать заключение, можно ли это заболевание считать хронической тяжелой психической болезнью, являющейся основанием для освобождения от дальнейшего отбывания заключенным наказания; нуждается ли заключенный в мероприятиях медицинского характера и в каких именно.

Кроме того, перед экспертами могут быть поставлены и другие важные для суда вопросы, связанные, например, с выяснением времени начала психического заболевания, возможного его исхода.

Основанием для досрочного освобождения осужденных от наказания является хроническое и тяжелое психическое заболевание. Следует иметь в виду, что не всякая хроническая болезнь есть в то же время и тяжелая. Поэтому хроническая, но не глубоко выраженная психическая болезнь может и не препятствовать отбыванию наказания.

13. Б., мужчина, 36 лет, осужден за крупное хищение государственного имущества.

На третьем году заключения стал обнаруживать неправильное поведение, в связи с чем был помещен в больницу колонии, но врачи не смогли дать определенное заключение, и Б. был направлен на экспертизу в психиатрическое лечебное учреждение.

Во время экспертизы установлено, что Б. восемь лет назад заболел сифилисом и лечился нерегулярно.

При обследовании его физического состояния обнаружена неравномерность зрачков, их ослабленная реакция на свет, повышенные и неравномерные сухожильные рефлексы, речь смазанная, произношение скороговорок не удается. Реакция на сифилис в крови и спинномозговой жидкости резко положительная.

При расспросах больной рассказывает о себе непоследовательно, путает даты важнейших событий, заявляет, что «может петь, как Шаляпин», собирается поступить солистом в театр, у него появилась необычайная сила и энергия. В отделении суетлив, нарушает режим. Критика к своему положению и сложившейся ситуации отсутствует, память снижена.

Было дано заключение, что осужденный обнаруживает хроническое душевное заболевание в форме прогрессивного паралича, развившегося за последний период пребывания в заключении в результате перенесенного в прошлом сифилиса; по состоянию психического здоровья находиться в колониях и отбывать наказание не может и подлежит направлению в психиатрическую больницу на лечение.

Суд с заключением согласился, Б. был освобожден от дальнейшего отбывания наказания и направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу.

Хроническое заболевание, требующее иной оценки, наблюдалось у следующего заключенного.

14. П., мужчина, 42 лет, осужден к лишению свободы за кражу. Спустя семь месяцев был освидетельствован врачами места заключения в связи с участившимися припадками, характер которых был неясен. Осужденного направили на экспертизу.

При обследовании установили, что в войну он был несколько раз легко ранен и один раз контужен, после чего несколько часов был без сознания, а затем появились припадки. Три года назад болел сифилисом, прошел один курс специфического лечения. Через год появились сильные головные боли, в связи с чем лечился в больнице с диагнозом «сифилитический менингит». По характеру всегда был вспыльчив, раздражителен, легко вступал в конфликты.

Каких-либо отклонений со стороны внутренних органов не обнаружено. Сухожильные рефлексы повышены, зрачки правильной формы, неравномерны. Реакция Вассермана на сифилис в крови и спинномозговой жидкости отрицательная.

Больной жаловался на головные боли, был вспыльчив, раздражителен, временами груб с персоналом. За время экспертизы наблюдалось два припадка: один эпилептиформного, другой истерического характера.

В заключении врачи указали, что подэкспертный обнаруживает признаки органического поражения центральной нервной системы в результате перенесенного сифилитического менингита с редкими эпилептиформными и истерическими припадками без глубоких изменений со стороны психики; по своему психическому состоянию может отбывать наказание в местах заключения.

У заключенных может возникнуть психическое заболевание временного, преходящего характера, с благоприятным прогнозом. Заключенные, обнаруживающие такого характера заболевание, также не подлежат досрочному освобождению, но могут быть направлены в психиатрическое лечебное учреждение для лечения, где они и должны находиться до выхода из болезненного состояния.

15. А., мужчина, 40 лет, осужден к лишению свободы за убийство с целью грабежа.

После отказа в просьбе о помиловании затосковал, стал жаловаться на головные боли, совершил попытку к самоубийству, не спал, отказывался от пищи, изредка бывал возбужден, стремился убежать, на вопросы не отвечал, худел, иногда бывал неопрятен.

В связи с психическим заболеванием был направлен на экспертизу. Первые дни после поступления на вопросы не отвечал, часами сидел в застывшей позе, питался из рук, был неопрятен. Через несколько дней стал живее, но продолжал лежать в постели, жаловался на головную боль, общую слабость, сообщил о себе анамнестические сведения. Во время беседы часто плакал, говорил тихим голосом, стонал, охал; настроение подавленное, иногда бывал тревожен, по ночам почти не спал, ходил по палате, что-то бормотал про себя, беспомощно разводил руками, просил оставить его в покое.

Было дано заключение, что испытуемый обнаруживает выраженный реактивный психоз, в связи с чем подлежит направлению в психиатрическую больницу до выздоровления.

В больнице спустя некоторое время острые явления реактивного психоза начали сглаживаться, он стал более общительным, настроение устойчивее, сон спокойнее, появился аппетит, правильная ориентировка в окружающем, на вопросы отвечал толково, появилась тяга к труду.

В дальнейшем А. из реактивного состояния вышел и был направлен в место заключения для дальнейшего отбывания срока наказания.

Приведенный пример показывает, что даже при столь глубоком психическом заболевании, как в данном случае, возможен благоприятный исход и поэтому нет основания при психическом расстройстве временного характера ставить вопрос о досрочном освобождении от отбывания наказания.

Как показывает практика, к преходящим психическим заболеваниям относятся, кроме реактивных состояний, также психозы в связи с интоксикацией, острой инфекцией (грипп, тиф) и др.

При психиатрической экспертизе осужденных нужно иметь в виду возможность симуляции психического заболевания.

В иных случаях эксперты, обследуя заключенного на предмет досрочного освобождения от наказания, приходят к выводу не только о наличии у него психической болезни в период освидетельствования, но и о невменяемости в период совершения общественно опасного деяния, за которое он уже осужден. Эксперты по своей инициативе могут дать соответствующее заключение о невменяемости (наблюдение 38).

Подобного рода действия предусмотрены ст.ст. 191 и 288 УПК, в которых сказано, что эксперт вправе включить в заключение выводы по обстоятельствам дела, относящимся к его компетенции, о которых ему не были поставлены вопросы.

Если психиатрическая экспертиза установит, что осужденный, обнаруживающий признаки хронического психического заболевания, в период совершения преступления был невменяемым, прокуратура может принести протест на ранее вынесенный приговор.

16. К., мужчина, 42 лет, осужден за кражу: из квартиры своей знакомой похитил фотоаппарат, портсигар и ордена; на следующий день из квартиры другого знакомого унес радиоприемник, мужской пиджак и три пачки копировальных карандашей. Эти вещи продал, а вырученные деньги пропил. На суде признал себя виновным в совершении преступлений, о пребывании в психиатрических больницах не заявлял и был приговорен к шести годам лишения свободы.

Находясь в заключении, обнаруживал вялость, отсутствие интереса к дальнейшей судьбе, жаловался на «разобщенность в мыслях», высказывал переоценку своей личности. Пробыл в заключении около 10 месяцев и с диагнозом «астенический синдром у личности, перенесшей в прошлом шизофренический процесс», направлен на экспертизу.

Установлено, что К., окончив институт, работал архитектором. В возрасте 26 лет лечился в клинике психоневрологического института в связи с тем, что испытывал ночные страхи, галлюцинировал, постоянно слушал «голос старичка». По выходе из клиники некоторое время работал по специальности, в работе «находил забвение от своих ненужных мыслей». Затем стал много пить спиртных напитков, чтобы создать себе «ложное настроение». Работу бросил и стал ходить пешком из города в город. Снова был помещен в психиатрическую больницу, где стал замечать, что у него имеется двойник, который толкает на всякие поступки. Ему казалось, что его отравляют каким-то ядом, поэтому отказывался от еды и лекарств. В больнице лечили инсулиновыми шоками. По выходе из больницы поехал к своим знакомым, которых обокрал.

При обследовании во время экспертизы каких-либо отклонений со стороны внутренних органов и нервной системы не обнаружено.

К. охотно вступал в контакт, правильно ориентировался во времени, окружающей обстановке, достаточно подробно рассказывал о прошлой жизни, говорил о том, что он сейчас занят разрешением «закона красочных тонов», большую часть времени был в постели, ни к чему интереса не проявлял, был вял, апатичен, говорил тихим и монотонным голосом. Сообщил, что до сих пор чувствует своего двойника. Относительно правонарушения говорил, что красть не собирался и у своих знакомых «забрал свои вещи». На суде «всю вину взял на себя, раз это было так нужно». Критическое отношение к своему состоянию отсутствовало.

Дано заключение о том, что К. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (дефектное состояние), нуждается в направлении в психиатрическую больницу на лечение. Комиссия пришла к выводу, что в период совершения правонарушения он также находился в болезненном состоянии и был невменяем.

Необходимость в разрешении вопроса о невменяемости в отношении осужденных может возникнуть в связи с новыми преступлениями, совершенными ими в колонии. В этих случаях

данный вопрос разрешается так же, как и в отношении остальных, дела которых находятся в стадии следствия.

17. Ф., мужчина, 46 лет, осужден за хулиганство. На третьем году пребывания в колонии стал нарушать режим, вмешиваться в распоряжения администрации, находился в возбужденном состоянии, бранился, угрожал расправой другим заключенным.

Осмотревшие его психиатры высказали предположение, что заключенный находится в каком-то болезненном состоянии и рекомендовали обследовать его психическое состояние в стационарных условиях.

При обследовании эксперты установили, что у Ф. в течение последних лет периодически появлялось повышенное настроение, когда он не спал по ночам, «хотелось петь и плясать». В подобном состоянии два раза помещался в психиатрическую больницу.

В таком приподнятом настроении он находился и во время экспертизы. Был многоречив, держался развязно, шутил, смеялся, по незначительному поводу приходил в состояние возбуждения, кричал. Интеллект не был нарушен, бреда и галлюцинаций не наблюдалось.

Экспертная комиссия дала заключение, что последнее правонарушение (хулиганские действия в колонии) совершены Ф. в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме гипоманиакального состояния и в отношении данного правонарушения его следует считать невменяемым. Так как во время экспертизы отмеченное гипоманиакальное состояние еще полностью не прошло, то поэтому больного рекомендуется направить в психиатрическую больницу мест заключения, а после выздоровления его можно будет вернуть в место заключения для дальнейшего отбывания наказания.

В данном случае осужденный был признан невменяемым только в отношении деяния, совершенного в местах заключения. Так как это заболевание носило эпизодический характер, то не было основания ставить вопрос об освобождении заключенного от отбывания наказания за преступление, которое было им совершено раньше не в болезненном, во вменяемом состоянии.

Глава 10

О МЕРАХ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОЕ ДЕЯНИЕ

Общая характеристика общественно опасных деяний психически больных

По советскому уголовному праву преступлением признается такое общественно опасное деяние (действие или бездействие), которое совершено умышленно или по неосторожности.

В первом случае лицо, действуя умышленно, сознавало общественно опасный характер последствий действия или бездействия, предвидело его опасные последствия, желало их или сознательно допускало наступление таких последствий.

Во втором случае лицо, действуя неосторожно, не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своего действия или бездействия, хотя и должно было их предвидеть или легкомысленно надеялось предотвратить такие последствия.

При оценке степени общественной опасности преступления, совершенного психически здоровым человеком, учитывается как объективная сторона преступления (способ действия, время и место совершения преступления, причинная связь между действием или бездействием и наступившим преступным результатом), так и субъективная сторона (поведение обвиняемого, мотивы преступления, цель, отношение к содеянному).

Опасные действия, совершаемые психически больными, не могут быть поставлены в вину больному и потому не считаются преступлением. Психически больной в силу изменения его сознания и иного восприятия внешнего мира не может правильно осмыслить цель поступка, предвидеть общественную опасность действия и их последствий. Поэтому субъективная сторона правонарушения, совершенного невменяемым, в юридическом понимании не должна приниматься в расчет. Мотивы, побуждения и намерения больного при оценке его общественной опасности могут быть приняты во внимание только в психопатологическом аспекте, главным образом для оценки психического

состояния больного и степени его опасности для окружающих как психически больного.

Однако объективную сторону деяния нельзя игнорировать, так как последняя позволяет установить степень общественной опасности психически больного человека. Психически больной, аналогично тому, как и психически здоровый, представляет тем большую опасность, чем тяжелее совершенное им деяние.

Виды медицинских мер

В зависимости от степени общественной опасности психически больного, к нему может быть применена одна из следующих мер, предусмотренных законом.

В отношении лиц, которые совершили общественно опасное деяние в невменяемом состоянии, а также лиц, совершивших преступление в состоянии вменяемости, но до суда заболевших душевной болезнью, предусмотрено применение принудительных мер медицинского характера: помещение в психиатрическую больницу общего типа и помещение в психиатрическую больницу специального типа.

К лицам, подлежащим освобождению из мест лишения свободы из-за хронической душевной болезни, суд также может применить принудительные меры медицинского характера.

Для алкоголиков и наркоманов, осужденных за совершенное преступление, закон предусматривает применение наряду с наказанием принудительного лечения в медицинских учреждениях со специальным лечебным и трудовым режимом.

В отношении осужденных, освобожденных от дальнейшего отбывания наказания вследствие хронической душевной болезни, но не нуждающихся в принудительных мерах медицинского характера, предусматривается передача больного на попечение органов здравоохранения.

Закон также указывает и такую меру, как передача больного на попечение родственников или опекунов при обязательном врачебном наблюдении тех душевнобольных, в отношении которых суд не считает необходимым применять принудительные меры медицинского характера, а равно и в случае прекращения таких мер.

Итак, закон предусматривает применение следующих мер:

1. Принудительные меры медицинского характера в виде помещения в психиатрическую больницу общего типа или в психиатрическую больницу специального типа.

2. Принудительные меры медицинского характера к алкоголикам и наркоманам.

3. Передача на попечение органов здравоохранения осужденного, заболевшего хронической психической болезнью во время отбывания наказания в местах лишения свободы.

4. Передача больного на попечение родственников или опекунов при обязательном врачебном наблюдении.

По вполне понятным причинам к потерпевшим психически больным, а тем более к свидетелям, истцам и ответчикам нельзя применять меры медицинского характера, предусмотренные Уголовным кодексом. Если эти лица из-за болезни оказываются нуждающимися в лечении, то подвергаются ему в обычном порядке без вмешательства следственных органов и суда.

В целях единообразия в применении предусмотренных законом медицинских мер в разное время издавались специальные инструкции.

Так, 17 февраля 1935 г. Наркомюстом и Наркомздравом РСФСР была утверждена Инструкция «О порядке назначения и проведения принудительного лечения психически больных, совершивших преступление». По данному же вопросу 25 марта 1948 г. издана инструкция, утвержденная Министерством здравоохранения СССР, Министерством юстиции СССР, Министерством внутренних дел и Прокуратурой СССР. Наконец, 31 июля 1954 г. Министерством здравоохранения СССР по согласованию с Министерством юстиции СССР, с Министерством внутренних дел СССР и Прокуратурой СССР взамен ранее действовавшей была издана Инструкция «О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших преступление» [1].

Она касается порядка назначения, проведения и прекращения принудительного лечения и других медицинских мер, а также контроля и наблюдения за осуществлением этих мер.

Принудительное лечение

Из перечисленных мер важнейшими являются принудительные меры медицинского характера, выражающиеся в обязательном помещении больного в психиатрическую больницу. Принудительное лечение вне больницы (например, амбулаторное) не допускается, как не достигающее своей цели [2].

[1] См. приложение III на стр. 362.

[2] Новый Уголовный кодекс Казахской ССР, кроме таких мер, как помещение в лечебное заведение, предусматривает также принудительное лечение с передачей под наблюдение районного психиатра и попечение родственников или специально назначенных лиц (п. «а» ст. 11 УК).

Принудительное лечение по своим задачам коренным образом отличается от наказания.

Наказание имеет цель покарать и исправить преступника, меры медицинского характера ставят цель излечить больного и защитить общество от опасных действий, допускаемых им вследствие болезненного состояния.

Назначение принудительного лечения. Поскольку помещение в психиатрическую больницу преследует цель оградить общество от опасных действий психически больных и сопровождается некоторым ограничением личной свободы, право назначать принудительное лечение и право прекращать его принадлежит только суду. Приведенное положение вытекает из содержания ряда статей и особенно ст. 362 УПК, в которой сказано, что принудительные меры медицинского характера, предусмотренные ст. 58 УК РСФСР, применяются судом.

Неправильным, нарушающим законность, будет направление психически больных, совершивших общественно опасное деяние, на принудительное лечение в психиатрическую больницу прокуратурой, следователем, работниками милиции, без решения суда.

Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР установил определенный порядок по применению принудительных мер медицинского характера [1].

В случаях, когда по заключению экспертов-психиатров обвиняемый является невменяемым или заболевшим психической болезнью после совершения преступления и представляет общественную опасность, следователь по окончании предварительного следствия направляет через прокурора дело в суд для решения вопроса о применении принудительных мер медицинского характера.

Решение суда по этим вопросам выносится не в подготовительном, а в судебном заседании и не в форме приговора, который является решением суда о виновности или невиновности обвиняемого (что неприменимо к невменяемым), а в форме определения (ст. 410 УПК).

Обсуждение в судебном заседании вопроса об общественной опасности психически больного и назначении медицинских мер должно проводиться с обязательным участием прокурора и защитника (ст. ст. 405 и 408 УПК), свидетелей и потерпевших.

---

[1] Производство по применению принудительных мер медицинского характера определяется общими правилами УПК РСФСР, и кроме того, ст. ст. 403—413 этого кодекса.

При этом не исключено, что законные представители невменяемого (родственники, защитник) будут выступать в суде с ходатайством о неприменении к больному принудительных медицинских мер. Такие ходатайства подлежат рассмотрению суда на общих основаниях.

Определение о назначении принудительного лечения суд выносит на основании рассмотрения заключения экспертов-психиатров о степени опасности больного для общества по его психическому состоянию, характеру и содержанию тех опасных действий, которые были им совершены [1].

Психиатрическая экспертиза при назначении медицинских мер по вопросу о степени общественной опасности является обязательной в такой же степени, как и при решении вопроса о вменяемости.

В отдельных случаях суд не ограничивается только рассмотрением письменного заключения экспертизы, а вызывает и допрашивает эксперта в судебном заседании. Само лицо, о котором рассматривается дело, может быть вызвано в судебное заседание, если этому не препятствует характер его заболевания (ст. 407 УПК).

Возможно, что в процессе разбора судебного дела, заслушав показания свидетелей и ходатайство родных или адвоката, суд иначе оценит общественную опасность психически больного и не согласится назначить ту форму медицинских мер, которую рекомендовали эксперты-психиатры.

При недоказанности совершения преступления или если преступление оказалось незначительным и больной общественной опасности не представляет, может отпасть вопрос о применении медицинских мер (ст. 406, п. 1).

О таких душевнобольных следователь, прокурор или суд сообщают местным органам здравоохранения (ст. ст. 406 и 410 УПК).

Как показывает практика, несогласие суда с заключением экспертов по вопросу о применении медицинских мер возникает чаще всего в связи с тем, что суд в процессе следствия имеет возможность получить более полные данные об опасности больного, об образе жизни и среде, в которой он находится, об обстановке совершения деяния.

Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц, которые осуждены к лишению свободы и во время отбывания наказания заболели хронической душевной болезнью,

---

[1] См. «Сборник постановлений Президиума и определений Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РСФСР 1957—1959 гг.», М., 1960, стр. 308—309.

также назначаются судом в судебном заседании с участием прокурора и в присутствии врачебной комиссии, давшей заключение о болезни (ст. 369 УПК). Вопросы эти разрешаются районным (городским) народным судом по месту отбывания наказания, независимо от того, каким судом был вынесен приговор (ст. 368 УПК).

Основным критерием для назначения принудительного лечения является выраженная общественная опасность больного. Социальная опасность больного, как основание для назначения принудительного лечения, указывается в Инструкции 1935 года и в последующих документах по данному вопросу.

Общественная опасность определяется как психическим состоянием больного, так характером и содержанием тех опасных действий, которые им совершены в результате болезненного состояния. Именно так трактуется общественная опасность психически больных в ст. 59 УК и ст. 403 УПК.

Совершенное психически больным под влиянием бреда или в период расстроенного сознания или в ином болезненном состоянии опасное деяние (например, убийство), конечно, является фактом, свидетельствующим об особой общественной опасности больного. Однако может быть и так, что совершенное больным общественно опасное деяние по характеру незначительно, но по психическому состоянию больной представляет большую общественную опасность.

В. П. Сербский указывал, что опасность, представляемая больным, обусловливается не только совершенным уже деянием, но и возможностью совершения других опасных деяний.

Следует отметить, что при освобождении от наказания заболевшего хронической психической болезнью во время нахождения в заключении, тяжесть совершенного этим лицом преступления не учитывается и не служит препятствием для освобождения (ст. 362 УПК). Однако при назначении медицинских мер тяжесть преступления учитывается как экспертами, так и судом в качестве критерия общественной опасности психически больного.

В случаях, когда суд не учитывает тяжести опасного деяния, медицинские меры могут быть выбраны неправильно. Чаще всего ошибки сводятся к тому, что не назначается принудительное лечение там, где его следовало бы назначить.

Назначая принудительное лечение, суд ограничивается лишь указанием типа психиатрической больницы (больница специального типа или больница общего типа), не указывая, в какой именно больнице оно должно проводиться. Если лечение назначено в психиатрической больнице общего типа, то лечебное

учреждение выбирают органы здравоохранения по своему усмотрению. Обычно больные направляются в ближайшую от места постоянного жительства больного психиатрическую больницу с тем, чтобы родные могли его посещать, а при выписке могли взять на свое попечение.

Если больные ранее содержались под стражей, то при направлении их в больницу общего типа, суд выносит определение об освобождении из-под стражи[1]. На больных, помещаемых в больницу, должна быть передана копия определения суда о назначении принудительного лечения и копия акта судебно-психиатрической экспертизы. Перечисленные документы должны быть доставлены в больницу вместе с больным.

Осуществление принудительного лечения может быть возложено на психиатрические больницы специального типа и психиатрические лечебные учреждения общего типа Министерства здравоохранения.

В психиатрическую больницу специального типа помещаются для принудительного лечения те душевнобольные, которые по психическому состоянию и характеру совершенного общественно опасного деяния представляют особую опасность для общества. В такие психиатрические больницы помещаются не только признанные невменяемыми или заболевшие после совершения преступления — до суда, но также и лица, заболевшие хроническим тяжелым психическим заболеванием во время отбывания наказания за особо опасные преступления (убийство, изнасилование и др.).

Лица, как признаваемые невменяемыми, так и заболевающие хронической болезнью после совершения преступления, с точки зрения общественной опасности, далеко не однородны.

Одни представляют выраженную общественную опасность в связи с наличием у них стойких или часто рецидивирующих болезненных состояний с агрессивным поведением, бредом преследования, отравления, воздействия, ущерба, бредом ревности, ипохондрическим бредом. Другие опасны для окружающих в связи со склонностью к аффективным вспышкам, злобные, агрессивные, активные в своем поведении.

Некоторые психически больные на протяжении длительного времени остаются опасными для окружающих и совершают тяжелые деяния повторно. По этим соображениям они нуждаются в лечении в больнице специального типа.

18. Ф., мужчина, 37 лет, заболел в возрасте двадцати лет, «стал задумываться о смысле жизни», замечать, что за ним следят какие-то «деятели».

[1] См. приложение III на стр. 362 (п. 7 Инструкции).

мешают жить, «недопускают» к девушкам. После попытки поджечь элеватор Ф. был помещен в психиатрическую больницу и пробыл там в общей сложности свыше трех лет с диагнозом шизофрения. Затем в сопровождении санитаров его отправили по месту жительства родных в Кзыл-Ордынскую больницу. По дороге в поезде Ф. убил пассажира, после чего пытался бежать. Причины убийства носили явно бредовой характер.

Он был признан невменяемым с диагнозом «шизофрения» и по решению суда находился в психиатрической больнице на принудительном лечении. Здесь испытуемый был напряжен, агрессивен, себя называл «богом сна» и «богом стихии», считал, что против него замышляется заговор, угрожал расправиться с заговорщиками. Периодически ходил голым, был эротичен, открыто онанировал. Одно время длительно и стереотипно выкрикивал одну и ту же фразу. Наряду с этим заботился о себе, регулярно занимался физкультурой, был угодлив.

Во время работы в саду больницы нанес киркой удар двум больным, из которых один скончался. На другой день Ф. требовал отдать ему порцию хлеба убитого. Спустя некоторое время он в той же больнице убил врача и нанес тяжелое повреждение медицинской сестре. Свой поступок объясняет бредовым образом, считая, что убитая «возможно связана с японскими заговорщиками», которые намерены его уничтожить. Суждения больного нелепы, паралогичны. На вопрос о его здоровье, он, например, отвечает: «Я натурально здоров, это как натуральный капитал». Пишет письма нелепого содержания. В одном из них он указывает: «...а насчет работы с Борей мы решили осторожно мерной поступью опускаться и чтобы соединиться с нянями, санитарами, врачами и вывести эту душу на определенную высоту, какая обречена законом ученого физика Архимеда, что есть при основных свойствах физических тел 1) протяженность, 2) непроницаемость, 3) весомость» и т. д. Себя называет Гамилькаром Никитой.

Принудительное лечение таких особо опасных больных в обычных психиатрических больницах крайне затруднено из-за возможных побегов и совершения новых тяжелых общественно опасных деяний. Они опасны еще и потому, что нередко скрывают свои болезненные бредовые переживания, в поведении активны и очень изобретательны в выборе средств для осуществления болезненных намерений. Их психическое заболевание не столь резко бросается в глаза и поэтому на первый взгляд они могут производить впечатление психически здоровых людей и тем дезориентировать окружающих. Именно для таких больных и предназначены психиатрические больницы специального типа.

Принудительное лечение в них проводится в условиях усиленного надзора, исключающего возможность совершения нового общественно опасного деяния.

В психиатрическую больницу специального типа может быть помещено для лечения также лицо, совершившее тяжкое преступление во вменяемом состоянии и заболевшее в период следствия или отбывания наказания преходящим психическим заболеванием. Чаще всего преходящим заболеванием является реактивный психоз. По выходе из реактивного состояния заболевшие в период следствия могут предстать перед судом, а за-

болевшие во время отбывания наказания в местах заключения — продолжать отбывать срок наказания. Содержание их в условиях обычной больницы, как показал опыт, чревато осложнениями (побеги).

Принудительному лечению в психиатрических больницах общего типа подвергаются душевнобольные, которые по психическому состоянию и характеру совершенного ими общественно опасного деяния представляют, по сравнению с предыдущей группой, меньшую опасность. Содержатся такие больные в разных отделениях больницы — в зависимости от своего психического состояния и поведения. Некоторые из них могут находиться в рабочих отделениях, другие — в беспокойных.

Выбор терапевтических мероприятий в период осуществления принудительного лечения зависит от характера и тяжести заболевания. Все разнообразные современные методы лечения, применяемые в обычной психиатрической практике, применяются и во время принудительного лечения.

В случаях, когда психическая болезнь явилась следствием инфекционного заболевания, например, сифилиса, лечебные мероприятия направляют в первую очередь на устранение основной причины болезни.

В связи с тем, что психическая болезнь есть результат заболевания всего организма с преимущественным поражением центральной нервной системы, разнообразные терапевтические мероприятия должны быть направлены также на укрепление организма больного и усиление защитных сил. Для этой цели применяются всякие тонизирующие средства, электролечение, водолечение, витамины, препараты мышьяка, стрихнина и др. При пониженном аппетите следят за регулярным питанием больного, а при длительном отказе от еды применяют искусственное кормление путем введения жидкой пищи в желудок с помощью резинового зонда.

В отношении больных, находящихся в состоянии возбуждения и беспокойства, полезно применять успокаивающие средства: длительные теплые ванны, постельный режим, создание условий покоя, удлинение периода сна путем применения снотворных средств. В последнее время применяется аминазин, серпазил и другие фармакологические средства. Широко практикуется применение средств, вызывающих состояние шока с кратковременным состоянием возбуждения и нарушением сознания (инсулин в шоковой дозе). Особенно благотворное влияние оказывает на больных систематический труд в специально для этой цели приспособленных мастерских. В отношении некоторых больных определенную пользу может принести

лечение путем разубеждения и внушения (психотерапия). Существует много других способов лечения, которые описаны в специальных руководствах для врачей. О некоторых из них говорится при описании отдельных форм заболеваний.

Прекращение принудительного лечения. Хотя принудительное лечение и не является наказанием, вместе с тем оно заключает в себе элементы принуждения. Правда, принуждение, применяемое в качестве наказания, и принуждение при проведении принудительного лечения преследуют разные цели и осуществляются в неодинаковых условиях.

При определении наказания в отношении вменяемых и психически здоровых лиц суд назначает срок, устанавливаемый законом. Для принудительного лечения опасных психически больных заранее установленных сроков нет. Срок принудительного лечения судебными органами не назначается.

По приговору народного суда г. Тбилиси Б. был осужден за хулиганство к одному году шести месяцам лишения свободы.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда Грузинской ССР приговор изменила, и назначенная судом мера наказания была заменена принудительным лечением в психиатрической больнице на тот же срок.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда СССР определением от 20 февраля 1952 г. по протесту Председателя Верховного Суда СССР приговор народного суда и определение Судебной коллегии Верховного Суда Грузинской ССР отменила и дело направила на новое рассмотрение.

Среди оснований для отмены Судебная коллегия Верховного Суда СССР указала на то, что назначенное судом наказание в один год шесть месяцев лишения свободы неправильно заменено на тот же срок принудительным лечением в психиатрической больнице.

Далее в определении сказано, что нельзя признать правильным утверждение о том, что принудительное лечение в психиатрической больнице является одним из видов наказания. «Принудительное лечение является не мерой наказания, а мерой медицинского характера, применяемой судом в случаях, когда больной представляет опасность для общества. Невменяемость исключает вину, а к лицам невменяемым мера наказания не может быть применена»[1].

Длительность пребывания больного на принудительном лечении зависит от течения и тяжести заболевания. Такие больные периодически, через каждые шесть месяцев, должны подвергаться переосвидетельствованию специально организуемой комиссией врачей-психиатров.

Цель переосвидетельствования — определить состояние здоровья больного и установить возможность постановки вопроса о прекращении принудительного лечения или изменении его. В случаях, когда при очередном освидетельствовании

[1] «Судебная практика Верховного Суда СССР» 1952 г. № 6, стр. 31—32.

комиссия придет к заключению о возможности прекращения принудительного лечения, об этом составляется акт за подписью всех членов комиссии.

В акте должно быть указано. в каких дальнейших медицинских мероприятиях нуждается больной после прекращения принудительного лечения (оставление в больнице на общих основаниях, передача на попечение родных и одновременно под врачебное наблюдение).

Администрация психиатрической больницы направляет в суд заключение врачебной комиссии с ходатайством о прекращении принудительного лечения. Этот вопрос должен быть рассмотрен судом в течение 10 дней с момента получения ходатайства больницы. Ходатайства об отмене или изменении принудительных мер медицинского характера могут возбуждать родственники больного и иные лица. Суд в подобных случаях запрашивает психиатрическую больницу о состоянии здоровья этого лица.

Принудительное лечение может быть прекращено или форма его может быть изменена судом, назначившим принудительное лечение или иным одноименным судом по месту нахождения психиатрического учреждения. При отсутствии в районе больницы одноименного суда — вышестоящим судом.

По каким показаниям прекращается принудительное лечение?

Формулировка дореволюционного законодательства о том, что больные, совершившие преступление, должны содержаться в больнице «впредь до выздоровления», неудачна и вызывала резкие возражения со стороны прогрессивных психиатров того времени.

В. П. Сербский, например, считал совершенно неправильной эту формулировку потому, что при дальнейшем течении болезни, кроме выздоровления, в состоянии больного могут произойти изменения, совершенно исключающие ту опасность для общества, которая послужила поводом для интернирования больного. Отсюда следует, что вопрос о прекращении принудительного лечения может быть поставлен не только при полном выздоровлении больного, но и при снижении степени общественной опасности, под влиянием частичного улучшения здоровья. при наступлении длительного светлого промежутка, а также и при дальнейшем прогрессировании болезни, устраняющем патологическую активность больного, изменяющем его психическое состояние. С. С. Корсаков также отмечал, что общественная опасность психически больных может снизиться в процессе дальнейшего прогрессирования болезни и что многие душевнобольные, совершившие один раз преступление в состоянии

болезни, при дальнейшем ее развитии не представляют никакой опасности.

Таким образом, принудительное лечение может быть прекращено или изменено судом в случае выздоровления лица или такого изменения характера заболевания, при котором отпадает необходимость в применении этих мер.

При постановке вопроса о прекращении принудительного лечения следует учитывать также возможности диссимуляции. В то время как в период экспертизы при решении вопроса о вменяемости в ряде случаев наблюдается усиление болезненной симптоматики, при освидетельствовании для прекращения принудительного лечения некоторые больные с целью выписаться из больницы, диссимулируют болезненное состояние, скрывают бред и даже отрицают наличие болезненного состояния не только в настоящее время, но и в прошлом, обнаруживая при этом нередко грубые противоречия. Вот почему следует избегать преждевременного прекращения принудительного лечения опасных больных, диссимулирующих болезнь.

Принудительное лечение лиц, совершивших преступление во вменяемом состоянии и затем заболевших хронической психической болезнью, может быть прекращено, если здоровье больного изменилось, хотя бы это лицо и продолжало оставаться душевнобольным.

Основанием для прекращения принудительного лечения служит представление администрации медицинского учреждения, в котором содержится лицо, и заключение врачей о том, что больной не нуждается в дальнейшем применении принудительных мер медицинского характера (ст. 412 УПК).

При вынесении определения о прекращении принудительного лечения в отношении этих лиц, суд, при наличии к тому оснований, указывает одновременно о прекращении уголовного дела, если этот вопрос не был разрешен судом при вынесении определения о назначении принудительного лечения. Если же такое лицо врачебной комиссией будет признано выздоровевшим, то суд, прекращая принудительное лечение, решает вопрос о направлении дела для производства дознания или предварительного следствия, привлечения лица в качестве обвиняемого и передачи дела в суд в общем порядке.

Время, проведенное в медицинском учреждении, в том числе и время, в течение которого применялось принудительное лечение, засчитывается в срок наказания и в срок содержания под стражей (ст. 413 УПК и ст. 61 УК).

Вопрос о прекращении медицинских мер, и в частности принудительного лечения, сложен в отношении лиц, которые совершили преступление во вменяемом состоянии и затем, в стадии

предварительного следствия, заболели преходящим психическим расстройством.

В то время как в отношении заболевших до суда неизлечимым заболеванием уголовное дело прекращается, в отношении лиц, у которых в аналогичных условиях обнаружено временное психическое заболевание, дело приостанавливается, а больные помещаются для лечения в психиатрическую больницу до выхода из этого состояния. После выздоровления такие лица, как указано в ст. 11 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик, могут подлежать наказанию.

Таким образом, с прекращением принудительного лечения приостановленное производство по делу в отношении таких лиц может быть возобновлено. По этим соображениям для следствия и суда важно установить, не является ли возникшее после совершения преступления психическое заболевание временным расстройством, требующим лишь приостановления производства по делу, или оно носит стойкий, хронический, неизлечимый характер, при наличии которого дело может быть прекращено (ст. 409 УПК).

Иначе разрешается вопрос о медицинских мерах в отношении осужденных, заболевших временным психическим расстройством. Если эти лица из-за психического расстройства не могут находиться в местах лишения свободы, они переводятся администрацией мест заключения в психиатрическую больницу. По выходе из болезненного состояния их возвращают в места лишения свободы.

Принудительные меры медицинского характера осужденных, заболевших в местах заключения тяжелой хронической психической болезнью, прекращает только суд и на основании заключения врачебной комиссии больницы, в которой проводилось лечение. В заключении должно быть указано, изменилось ли психическое состояние осужденного в такой степени, что не представляет опасности для общества, хотя и продолжает оставаться больным. В подобных случаях больные могут быть переданы на попечение органов здравоохранения.

В случаях, когда во время принудительного лечения осужденных окончился срок приговора, вопрос о дальнейшем лечении разрешается лечебным учреждением.

Принудительные меры медицинского характера в отношении алкоголиков и наркоманов, совершивших преступление, назначаются судом по ходатайству общественной организации, коллектива трудящихся, товарищеского суда или органа здравоохранения. Эти меры применяются наряду с наказанием за совершенное преступление и во время отбывания наказания в местах лишения свободы.

Те алкоголики и наркоманы, которые осуждены к мерам наказания, не связанным с лишением свободы, подлежат принудительному лечению в медицинских учреждениях со специальным лечебным и трудовым режимом.

Принудительному лечению в таких учреждениях могут подлежать также алкоголики и наркоманы, которые освобождены из места лишения свободы, но нуждаются в продлении лечения.

Вопрос о прекращении или продлении принудительного лечения алкоголиков и наркоманов решает суд по представлению лечебного учреждения, в котором проводилось лечение (ст. 368 УПК). В УК РСФСР этих мер касается ст. 62.

Эта мера впервые введена уголовными кодексами союзных республик, принятыми после утверждения Основ уголовного законодательства.

Надзор за законностью и исполнением определений суда о применении принудительного лечения осуществляется прокуратурой. Органы здравоохранения осуществляют контроль за своевременным и правильным проведением принудительного лечения.

Иные медицинские мероприятия

Кроме принудительных мер медицинского характера, закон предусматривает также передачу психически больных на попечение органов здравоохранения, родственников и опекунов при одновременном врачебном наблюдении.

Практически эти мероприятия сводятся к тому, что органы здравоохранения помещают больного в психиатрическую больницу для лечения на общих основаниях, где он и содержится так, как и остальные больные. Порядок выписки из больницы регламентируется правилами, установленными для всех прочих больных, не находящихся на принудительном лечении. В случаях, когда больные не нуждаются в пребывании в психиатрической больнице, они передаются на попечение родственников и опекунов.

Врачебное наблюдение в указанных случаях осуществляется психоневрологическим диспансером или иным лечебным учреждением. При ухудшении психического состояния больной может быть помещен в психиатрическую больницу как обычный больной.

Передача на попечение родных и опекунов с одновременным врачебным наблюдением применяется к больным, которые по психическому состоянию и по незначительности совершенного ими деяния общественной опасности не представляют и в принудительном лечении не нуждаются. Это — беспомощные,

безынициативные, глубокослабоумные больные, совершающие общественно опасные деяния чаще всего в результате недостаточного за ними надзора со стороны семьи и лечебных учреждений.

На попечение органов здравоохранения целесообразно передавать лиц, заболевших тяжелой психической болезнью в период пребывания в заключении, но не нуждающихся в принудительном лечении.

Попечение родных и опекунов с одновременным врачебным наблюдением применяется также к больным после прекращения принудительного лечения.

Бесспорно, что внебольничное медицинское наблюдение за больным в ряде случаев может предотвратить совершение им опасных действий. Этому может содействовать также своевременная госпитализация больного при ухудшении его психического состояния.

Важным мероприятием в предупреждении общественно опасных деяний психически больных является правильно и хорошо организованная опека над ними.

На опекунов и попечителей возлагается не только защита имущественных интересов душевнобольного, его законных прав, но и обязанность принимать меры к лечению и содержанию подопечного в условиях, соответствующих состоянию его здоровья.

Опекун обязан при ухудшении психического состояния подопечного позаботиться о помещении больного в больницу или об оказании амбулаторной помощи через психоневрологический диспансер.

Больницы, выписывая больного после прекращения принудительного лечения, должны разъяснить опекунам и попечителям их обязанности в отношении подопечных больных.

По ныне действующему Уголовному кодексу РСФСР попечительство может быть установлено над лицом, злоупотребляющим спиртными напитками и ставящим в связи с этим свою семью в тяжелое материальное положение. Применять данную меру возможно к лицам, приговоренным судом за совершенное преступление к наказанию, не связанному с лишением свободы. Попечительство назначает суд по ходатайству общественной организации, коллектива трудящихся или товарищеского суда (ст. 62 УК).

Глава 11

ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Результаты судебнопсихиатрической экспертизы должны быть представлены в письменном виде. Таким письменным документом является акт судебнопсихиатрической экспертизы. Оформлению акта, его изложению и формулировке заключительной части придается большое значение. Так как судебнопсихиатрическая экспертиза связана с обследованием психики, то акт экспертов-психиатров имеет особенности, отличающие его от заключений других видов экспертизы.

Акт судебнопсихиатрической экспертизы содержит следующие разделы: а) вводную часть, б) сведения о прошлой жизни и историю заболевания, если последняя есть, в) описание физического и психического состояния испытуемого, г) анализ полученных данных и д) заключительную часть.

Во вводной части акта указываются время и место экспертизы, кто производил ее, персональный состав комиссии, фамилия, имя, отчество и год рождения испытуемого.

Далее обычно отмечается отношение испытуемого к делу: является ли он обвиняемым или осужденным, свидетелем, потерпевшим, истцом или ответчиком, а также кратко излагается фабула дела и квалификация преступления.

Затем отмечается, кто направил испытуемого на экспертизу и что послужило поводом для этого, указывается, как производилась экспертиза — амбулаторно или в стационаре, если в стационаре, то с какого времени испытуемый находится под наблюдением экспертов.

Во введении могут быть изложены и вопросы, поставленные на разрешение экспертизы. Причем они могут быть переписаны дословно из постановления следователя или из определения суда, или же изложены вольно, но так, чтобы сохранился основной смысл.

При изложении сведений о прошлой жизни испытуемого, особенностях характера и перенесенных заболеваниях в акте указывается, от кого сведения получены — от подэкспертного или его родных (и кого именно) или же собраны представителем органов расследования. Особо тщательно следует описы-

вать начало и дальнейшее течение психического заболевания, если оно было в прошлом. Ссылки на пребывание в больничных учреждениях, особенно в психиатрических, необходимо подтверждать документально, что также отмечается в акте.

Обязательный раздел акта составляет описание физического состояния испытуемого, изложение данных неврологического исследования, результатов лабораторных анализов и описание психического состояния испытуемого в период исследования.

Психическое состояние подэкспертного должно быть описано развернуто и подробно, так как является ведущим в обосновании заключения о характере психического заболевания, если таковое окажется.

Психическое состояние обычно описывается в определенной последовательности. Сначала приводятся данные, касающиеся состояния сознания и ориентировки подэкспертного, затем эмоционально-волевой и интеллектуальной сферы и поведения; далее отмечается, имеются или отсутствуют такие симптомы расстройства психической деятельности, как бред, галлюцинации и т. д.

В акте судебнопсихиатрической экспертизы соматическое, неврологическое и особенно психическое состояния подэкспертного нужно приводить с такой точностью и так подробно, чтобы читающий по этим данным сам мог сделать соответствующий вывод.

Акт психиатрической экспертизы, в котором высказывания и поведение подэкспертного даются в оценочных психиатрических терминах, например, отмечается, что «обвиняемый в своих суждениях нелогичен, медлителен, интеллект снижен», без указания конкретных примеров нелогичности суждений, проявлений интеллектуальной сниженности и пр. выглядит очень неубедительно. Такого рода описание лишает возможности следствие и суд критически оценить не только обнаруженный у больного симптом, но и психическое состояние в целом.

Чтобы заключение экспертизы имело доказательный характер и чтобы выводы были доступны для оценки следствием и судом, эксперты должны не только описывать факты, касающиеся психической сферы подэкспертного, но объяснить их происхождение и давать свою оценку.

Эксперт обязан показать суду, какие факты он принял в расчет, почему отбросил другие, путем каких рассуждений пришел к определенным выводам.

Обстоятельное изложение в акте фактических данных, их оценка и ход рассуждений эксперта особенно необходимы при экспертизе временных расстройств психической деятельности,

при проведении повторной экспертизы, когда сопоставляются полученные последние данные с данными, бывшими в распоряжении первой экспертизы. В случаях, когда повторная экспертиза приходит к другим выводам, важно установить причину такого расхождения.

Подробное описание психического состояния подэкспертного, его анализ и ход суждения эксперта крайне необходимы и для врачей, наблюдавших за больным в процессе осуществления принудительного лечения.

Задача экспертизы сводится не только к тому, чтобы обосновать наличие психической болезни, но в необходимых случаях также обосновать вывод об отсутствии болезненного состояния, как это может быть, например, при симуляции психического заболевания, при своеобразном и на первый взгляд кажущемся необычным поведении некоторых психопатов, при предположении патологического опьянения.

Особые требования предъявляются к заключительной части акта, в которой формулируется вывод экспертизы и дается ответ на поставленные вопросы.

Выводы должны вытекать из данных обследования и анализа материалов уголовного дела и согласовываться с другими доказательствами по делу.

Касаясь изложения выводов судебнопсихиатрической экспертизы, С. С. Корсаков писал: «Заключение эксперта должно быть обстоятельно мотивировано, причем следует предвидеть могущие быть сделанными возражения. В своем изложении врач должен пользоваться простым и ясным литературным языком, употребляя лишь в необходимости малопонятные термины и то поясняя их значение. Это необходимо ввиду того, что его мнение должно быть хорошо усвоено судьями, сторонами и присяжными. Следует избегать излишних экскурсий в специальную литературу; изложение не должно иметь лекционного характера. Правда, во многих случаях мнение эксперта должно быть результатом очень серьезного и продолжительного изучения обстоятельств и литературы данного предмета; оно часто есть серьезное научное исследование, но по своему характеру оно носит особую ему присущую форму»[1].

Эти слова могут служить обязательным правилом для заключения судебнопсихиатрического акта.

Ответы эксперта должны быть четкими и ясными. Противоречивые, путаные, двусмысленные и неправильные формулировки заключения, не вытекающие из материалов дела и дан-

[1] С. С. Корсаков, Курс психиатрии, т. 1, М., 1901, стр. 674.

ных исследования испытуемого, не помогают правосудию, а осложняют его работу и могут быть источником судебной ошибки.

В качестве образца приведем следующий акт судебнопсихиатрической экспертизы.

АКТ

СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Барзановой А. Ф.

а) Вводная часть Мы, нижеподписавшиеся (перечисляется персональный состав комиссии), 17 июня 1960 г. в... психоневрологической больнице свидетельствовали Барзанову Анастасию Федоровну, 1928 года рождения, направленную на экспертизу следователем прокуратуры Н. области. Барзанова А. Ф. обвиняется в присвоении 22 тыс. рублей, принадлежащих техникуму, в котором она работала кассиром.

Из материалов следственного дела известно, что Барзанова А. Ф. 25 февраля 1960 г. при уходе из техникума взяла из кассы 660 руб., а затем получив из банка по чеку еще 21 340 руб., через несколько часов сообщила по телефону, что все деньги она отдала какой-то неизвестной женщине.

На следствии она рассказала, что за три дня до ареста заболела гриппом, температура по вечерам повышалась до 38°, но, несмотря на болезненное состояние, продолжала работу и свои обычные занятия. Накануне правонарушения ночь спала хорошо, утром обращалась в медпункт с жалобой на головную боль и насморк. Температура была 37,1°, ей дали направление в поликлинику, но туда пойти она отказалась.

В день совершения инкриминируемого ей преступления чувствовала головную боль, испытывала слабость и разбитость. В таком состоянии отправилась в банк. Довольно отчетливо помнит процедуру получения денег, в каких купюрах и в скольких пачках они были выданы. Помнит также, как оформляла пропуск на выход из банка. Что было дальше — помнит смутно. Припоминает, что было намерение позвонить в техникум и вызвать автомашину или сопровождающего, но по телефону не звонила, а решила подождать в банке свою подругу. Смутно («как будто бы это было во сне») припоминает, что к ней подсела какая-то незнакомая женщина средних лет в черном плюшевом пальто, а что было дальше — не знает. Очнулась на улице на некотором расстоянии от здания банка и только тогда обнаружила исчезновение портфеля с деньгами. Решила покончить жизнь самоубийством, для чего пошла пешком к вокзалу, но под поезд не бросилась, «так как там было много людей». Вечером вернулась к себе на квартиру, здесь была взята под стражу, а затем дала первые показания по делу. На следующих допросах изменила показания: сообщила, что в банке подругу не ожидала и об этом на первом допросе сообщила неправильно. Также «не знает» зачем, идя в банк, взяла с собой 660 руб. из кассы техникума. В дальнейшем сказала, что взяла эти деньги для обмена, так как они были надорваны.

В связи с предположением, не было ли совершено преступление в болезненном состоянии, Барзанова А. Ф. была направлена на стационарную экспертизу и для этой цели поступила в больницу 23 мая 1960 г. На заключение экспертов поставлены вопросы: не является ли Барзанова А. Ф. психически больной и не обнаруживала ли она в период совершения преступления какого-либо психического расстройства и в связи с этим дать заключение о ее вменяемости.

б) Сведения о прошлой жизни

При обследовании в период экспертизы обвиняемая сообщила, что в детстве перенесла корь, скарлатину и ветряную оспу. Окончила шесть классов средней школы, успевала средне. Два года (с 1941 по 1943 год) работала в колхозе. С 1943 года переехала в город, окончила ремесленное училище. Затем работала счетоводом и последнее время кассиром техникума. С работой справлялась, взысканий не имела. Сослуживцы характеризуют ее как скрытную и грубую в обращении с другими. Никаких странностей в поведении не обнаруживала.

в) Описание физического и психического состояния

Физическое состояние: обвиняемая правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы несколько бледны, имеется небольшое увеличение щитовидной железы, внутренние органы без отклонения от нормы.

Нервная система: зрачки равномерные, реакция на свет живая, конвергенция достаточная, резкое дрожание пальцев вытянутых рук, сомкнутых век и высунутого языка, высокие коленные сухожильные рефлексы, патологических рефлексов нет, имеется разлитой стойкий красный дермографизм, повышенная потливость.

Лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи — без отклонений от нормы; спинномозговая жидкость вытекала под повышенным давлением, белка 0,5‰, реакция Панди положительная, реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная.

Психическое состояние: сознание ясное, все виды ориентировки сохранены, расстройств в сфере мышления и восприятия не отмечается, бреда и галлюцинаций нет, интеллект без нарушения, эмоциональная сфера сохранена, настроение подавленное, при беседе немногословна, ни с кем в контакт не вступает, молчалива, иногда плачет, почти все время проводит в постели.

По поводу правонарушения и всего случившегося рассказывает спокойно и с большой детализацией. Первые дни после ареста чувствовала себя плохо, жаловалась на головные боли и сонливость.

г) Анализ полученных данных

Данные, полученные при психиатрическом обследовании обвиняемой и изучении материалов уголовного дела, не содержат никаких указаний на наличие у нее в обычном состоянии и в период времени, предшествующий преступлению, каких-либо признаков психического заболевания.

В связи с обнаружением у обвиняемой повышенного внутричерепного давления можно было бы предполагать, что в момент правонарушения она находилась в состоянии расстройства сознания в форме оглушенности с возможными в этом состоянии автоматизмами и частичными выпадениями памяти. Это предположение, однако, отпадает, так как состояние расстройства сознания, связанное с повышением внутричерепного давления, обычно возникает остро и сопровождается полной потерей сознания (как, например, при травмах черепа). Продолжительные же состояния оглушенности при повышенном внутричерепном давлении имеют свою достаточно выраженную клиническую и психопатологическую симптоматику. В таких состояниях все психические функции и действия больных замедлены, больные плохо осмышляют обстановку, с затруднением ориентируются в окружающем и не способны выполнять сложных и дифференцированных действий, требующих напряжения внимания и памяти. В материалах дела нет никаких указаний на какое-либо подобное состояние у обвиняемой в день совершения инкриминируемых действий.

В связи с содержанием в спинномозговой жидкости 0,5‰ белка и повышением внутричерепного давления можно также предполагать у обвиняемой наличие органической недостаточности нервной системы с поражением

мозговых оболочек, обусловленной перенесенным каким-либо инфекционным заболеванием. Такое незначительное содержание белка само по себе не является характерным для поражения оболочек мозга. Указанные в неврологическом статусе дрожание век и языка, повышение сухожильных рефлексов, красный дермографизм, повышенная потливость могут явиться нарушениями функционального характера и не указывают на наличие органического заболевания центральной нервной системы. Наличие слабости и плохого самочувствия, которые, по словам обвиняемой, возникли у нее в банке, могли быть связаны с перенесенным ею гриппом, но указанные симптомы сами по себе не являются специфичными и не служат доказательством наличия каких-либо изменений сознания. Точно так же слабость и сонливость, которые, по словам обвиняемой, были у нее после ареста, не указывают на органическое поражение центральной нервной системы, а могут быть объяснены, с одной стороны, перенесенным гриппом, а с другой, — реакцией нервной системы на пережитое потрясение.

По данным дела, действия ее в банке имели последовательный, целесообразный и дифференцированный характер, она помнит ряд деталей и свое поведение. «Запамятованным» оказался только момент исчезновения портфеля с деньгами. Следует указать, что в описаниях поведения в период исчезновения денег у нее имеются отмеченные ранее противоречия.

Таким образом, в материалах дела нет никаких указаний на наличие у обвиняемой в период совершения инкриминируемых ей действий временного болезненного расстройства душевной деятельности, сопровождавшегося расстройством сознания.

д) Заключительная часть

На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Барзанова А. Ф. душевным заболеванием не страдает и в период совершения инкриминируемого ей правонарушения не обнаруживала признаков какого-либо временного болезненного расстройства душевной деятельности, а потому ее следует считать вменяемой.

Об ответственности за заведомо ложное заключение и за разглашение данных предварительного следствия без разрешения прокурора, следователя или производившего дознание эксперты предупреждены.

Подписи: Председатель комиссии
Члены комиссии
Врач-докладчик

По вопросу о том, должно ли заключение эксперта быть категорическим (утвердительным или отрицательным) или же оно может быть также и предположительным, существуют разные точки зрения [1].

[1] См.: Р. Д. Рахунов. Теория и практика экспертизы в советском уголовном процессе. М., 1953; М. А. Чельцов и Н. В. Чельцова. Проведение экспертизы в советском уголовном процессе, М., 1954, стр. 195; Б. Л. Зотов, Заключение экспертизы в вероятной форме недопустимо, «Социалистическая законность» 1955 г. № 4; А. И. Винберг, Криминалистическая экспертиза в советском уголовном процессе. М., 1956; Р. С. Белкин, Рецензия на книгу А. И. Винберга «Криминалистическая экспертиза в советском уголовном процессе». «Советское государство и право» 1957 г. № 1; В. П. Митричев, Формы заключения эксперта, «Социалистическая законность» 1957 г. № 5; В. А. Притузова, Заключение эксперта как доказательство в уголовном процессе, М., 1959; Я. М. Калашник, Каким должно быть заключение судебнопсихиатрической экспертизы, «Вопросы судебной психиатрии», Госюриздат, 1960.

Большинство юристов и экспертов считают, что заключение экспертов должно быть только категорическим — утвердительным или отрицательным. При невозможности дать такое заключение эксперт обязан отказаться от него, убедительно мотивировав отказ. Эксперт должен либо утверждать, либо отрицать наличие факта, либо в силу недостаточности фактического материала отказаться от решения вопроса по существу, а не давать заключения в предположительной форме.

Это требование, предъявляемое к любому виду экспертизы, распространяется и на судебнопсихиатрическую экспертизу.

Условные и предположительные заключения недопустимы. Они вредно отражаются на расследовании и рассмотрении дела. Кроме того, подобные заключения позволяют эксперту избежать в наиболее сложных случаях ответа на прямо поставленный вопрос.

Отказ от категорического ответа может быть обусловлен неполнотой следственных данных, невозможностью полного и всестороннего обследования подэкспертного, а также недостаточностью знаний и квалификации эксперта. После отказа от заключения следствие и суд обычно принимают меры к устранению указанных причин и назначают новую экспертизу.

В случаях, когда отказ от дачи категорического заключения обусловлен недостаточной компетенцией врача в области психиатрии, новая экспертиза назначается в ином составе с участием более квалифицированных психиатров. Поэтому такой отказ эксперта от дачи определенных выводов следует рассматривать как положительный факт, свидетельствующий о сознании врача своей роли в качестве эксперта. Вряд ли будет содействовать правосудию заключение эксперта, дающего четкий, но малоубедительный, научно противоречивый и необоснованный ответ.

Однако в психиатрической экспертной практике встречаются случаи, когда предположительные выводы следует считать допустимыми.

При посмертной экспертизе, особенно если собранные следствием данные о самоубийце и его психическом состоянии очень скудны и пополнить их не представляется возможным, следовательно, категорическое заключение обосновать нечем, остается единственная возможность дать лишь предположительные выводы. Однако предположение не может быть голословным и произвольным. Его так же, как и достоверное заключение, необходимо научно обосновать. Оно должно базироваться на правильной оценке фактического материала, на объективных данных.

При заочной экспертизе акт имеет несколько иную форму и структуру в связи с тем, что эксперты в таких случаях не сами обследуют подэкспертного, а пользуются данными обследования, проведенного другими врачами.

Акт и его заключительная часть при экспертизе осужденных, свидетелей и потерпевших, при решении вопроса о дееспособности в гражданском процессе также будут несколько иными и соответствовать стоящим перед экспертами задачам.

Глава 12

ОЦЕНКА ЗАКЛЮЧЕНИЯ СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СЛЕДСТВЕННЫМИ ОРГАНАМИ И СУДОМ. ПОВТОРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Как указывалось, советский суд опирается на судебные доказательства, которыми являются любые фактические данные, имеющие значение для правильного разрешения дела. Такие данные устанавливаются показаниями свидетелей, потерпевших, подозреваемых, обвиняемых, вещественными доказательствами, а также заключением экспертов.

Заключение судебнопсихиатрической экспертизы дает суду возможность установить вменяемость или невменяемость, наличие или отсутствие психической болезни и в зависимости от этого разрешить вопрос о наличии или отсутствии вины лица, совершившего общественно опасное деяние, и о возможности применения наказания или медицинских мер.

Заключение эксперта проверяется и оценивается в совокупности со всеми обстоятельствами дела и не имеет заранее установленной силы.

Исследуя заключение экспертов, следственные органы и суд устанавливают, можно ли считать экспертные выводы полными и обоснованными, вытекают ли они из материалов дела и данных психиатрического обследования, правильно ли использованы экспертами свидетельские показания и другие доказательства по делу, не использованы ли факты, излагаемые свидетелями в неприемлемом плане.

Заключение экспертов не является обязательным для лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда. Отвергая заключение экспертизы, следственные органы в постановлении и суд в приговоре или определении, в соответствии со ст. 80 УПК, должны подробно мотивировать свое несогласие с экспертизой и привести для этого конкретные основания, а не обосновывать несогласие простым недоверием к экспертизе и к ее выводам.

При несогласии с заключением экспертизы следует руководствоваться ст. 81 УПК, в которой сказано:

«В случае необоснованности заключения эксперта или сомнений в его правильности может быть назначена повторная экспертиза, поручаемая другому эксперту или другим экспертам».

Приведем в качестве примера достаточно аргументированное и опирающееся на доказательства по делу несогласие следователя с заключением психиатрической экспертизы.

19. С., мужчина, 1921 года рождения, обвинялся в убийстве жены. С женой не ладил, четыре раза расходился и снова сходился. Знал, что жена ему неверна. Однажды она поздно возвратилась домой и после длительных разговоров и ссоры с мужем заявила, что продолжать совместную жизнь не будет. Испытуемый схватил лежащий на столе нож и нанес жене 12 ножевых ран в область лица и груди, после чего она скончалась.

Затем С. ушел из дома, в ресторане выпил водки и пива и только потом явился в отделение милиции и заявил о случившемся. Тут же в отделении милиции уснул на скамейке и спал до возвращения работников милиции, выезжавших на место убийства.

Установлено, что во время войны С. был ранен и два раза контужен, по характеру всегда был раздражительным и вспыльчивым, алкогольные напитки употреблял часто, в состоянии опьянения учинял дома дебоши, бил посуду и ломал все, что попадалось под руку.

При обследовании отклонений от нормы со стороны внутренних органов, нервной системы и психической сферы не обнаружено.

Относительно преступления сообщил, что ничего не помнит с того момента, как жена сказала ему что-то оскорбительное. Пришел в себя только после того, как вышел из дома и оказался на улице.

Судебнопсихиатрическая экспертная комиссия больницы дала заключение, что С. душевной болезнью не страдает, но правонарушение совершено им в болезненном состоянии в форме патологического аффекта и поэтому в отношении данного правонарушения С. следует признать невменяемым.

Выводы экспертизы были основаны на том, что нанесенное женой оскорбление вызвало у С. бурное возбуждение с расстройством сознания, что в период совершения преступления его действия носили автоматический характер («совершил убийство тем же ножом, которым резал хлеб, и нанес бесцельно 12 ран»), что после явки в милицию с повинной спал на скамейке, что говорит об истощении после аффективного напряжения, имевшего место в период убийства, что возникновению этого болезненного состояния способствовало то обстоятельство, что обвиняемый по характеру всегда был вспыльчив, раздражителен, повышенно возбудим и склонен к гневным вспышкам по незначительным поводам.

Следствие не согласилось с выводами экспертизы, указав, что эксперты некритически и формально приняли во внимание целый ряд фактов и заявлений обвиняемого.

В постановлении следователя было указано, что у экспертов не было оснований говорить о наличии обстоятельств, вызвавших у обвиняемого «внезапное и бурное возбуждение с расстройством сознания», так как из показаний обвиняемого видно, что между ним и женой шло объяснение, в ходе которого обвиняемый согласился, что их совместная жизнь в дальнейшем невозможна, и сам предложил расторгнуть брак.

То обстоятельство, сказано далее в постановлении, что обвиняемый после явки в милицию спал на скамейке, не может быть расценено как фактор истощения и спада нервной деятельности, так как, во-первых, он явился в милицию через четыре-пять часов после совершения убийства, во-вторых,

до явки в милицию выпил 600 г водки и графин пива. На протяжении длительного пребывания на стационарном исследовании не установлено каких-либо отклонений от нормального психического состояния.

Назначенная повторная экспертиза, ознакомившись с материалами дела, установила, что обвиняемый в момент совершения убийства жены находился не в болезненном состоянии и был вменяем. При обосновании заключения эксперты указали, что обвиняемому вообще была свойственна грубость и агрессивные действия в отношении родных и жены, которую С. ревновал, и что в деле нет никаких данных, указывающих на наличие у обвиняемого в период совершения убийства расстройства сознания и других болезненных явлений.

Таким образом, повторная экспертиза по данному делу подтвердила обоснованность всех доводов следствия, не согласившегося с выводами первой экспертизы.

Отличительной особенностью повторной экспертизы является то, что в распоряжение экспертов предоставляются те материалы, которые были у предыдущих экспертов, но производится новое обследование подэкспертного. Только при повторной экспертизе, проводимой заочно, могут быть использованы результаты прежнего обследования. Однако фактические данные оцениваются заново.

Одним из поводов при назначении повторной экспертизы являются разногласия между экспертами или между несколькими экспертными комиссиями. Чаще всего разногласия касаются наиболее сложных и диагностически трудных случаев экспертизы. Нередко эксперты при наличии разногласий высказываются за проведение повторной экспертизы комиссией в ином составе и даже в другом учреждении.

При наличии двух или нескольких взаимно исключающих выводов следствие или суд не могут безмотивно отдать предпочтение одной из экспертиз, а должны мотивировать преимущество одного заключения перед другим.

При отсутствии таких мотивов возникает необходимость назначить новую экспертизу, которая должна дать заключение по основным вопросам и также дать оценку предыдущих заключений с тем, чтобы можно было уяснить существующие между ними противоречия.

Указания по данному вопросу имеются в частном определении Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда СССР по делу К. [1]

Суть дела заключается в следующем.

К. привлекался к уголовной ответственности за то, что, не имея разрешения, хранил и носил при себе пистолет и затем при встрече гр-на М. на улице со своей женой на почве ревности убил его.

По делу было восемь судебнопсихиатрических экспертиз, три из которых были произведены в стационарах. В экспертизе участвовало 18 психиатров,

[1] См. «Судебная практика Верховного Суда СССР» 1950 г. № 4.

некоторые из них по два и по три раза. Среди экспертов были крупнейшие советские психиатры.

Одни пришли к заключению, что, убивая М., К. находился в состоянии сильного душевного волнения, развившегося на патологической почве у психопатически наследственно отягощенной личности и достигшего душевного расстройства типа патологического аффекта.

Другие считали, что К. совершил убийство в состоянии душевного расстройства, страдая малярийным психозом в форме инфекционного делирия (бреда). Некоторые считали, что К. должен быть признан невменяемым и в отношении хранения оружия на протяжении более чем восьми месяцев на том основании, что после нападения за границей у него развились явления страха, принявшие стойкий характер, которые оставались и по приезде домой.

Наконец, третья группа экспертов пришла к заключению об отсутствии у К. во время совершения убийства состояния, исключающего способность отдавать отчет в действиях и руководить ими.

К. был осужден к лишению свободы.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда СССР, рассмотрев в порядке надзора дело К., вынесла частное определение, в котором указала, что суды, разбиравшие дело К., получив противоположные судебнопсихиатрические заключения, неправильно прибегли к устранению разногласия экспертов путем назначения новых экспертиз. Несомненно, единогласие экспертов облегчает принятие судом решения по вопросу, обсуждающемуся экспертами, но отсюда не следует делать вывода, что в случае разногласия экспертов суд должен назначать все новые и новые экспертизы, пока он не получит единогласного заключения. Встретившись с разногласием экспертов, суд в ряде случаев может разрешить вопрос и не прибегая обязательно к назначению новой экспертизы. Он может отвергнуть одну экспертизу и положить в основу решения другую, но при этом суд должен мотивировать, почему отверг одну и остановился на другой.

Если же суд не сочтет для себя убедительным ни одно из противоречивых, исключающих друг друга заключений, то он вправе назначить новую экспертизу, которая, помимо дачи суду заключения по существу вопроса, может представить ему разъяснения, касающиеся предыдущих экспертиз.

Поводом для назначения повторной экспертизы, помимо разногласия между экспертами, является также необоснованность экспертного заключения или сомнения в его правильности, что в свою очередь может быть обусловлено рядом причин.

Заключение экспертизы может оказаться необоснованным из-за недостаточного знакомства экспертов с материалами уголовного дела, неполного обследования подэкспертного, плохого изложения в акте данных, полученных в процессе психиатрического обследования подэкспертного, из-за путаных и противоречивых выводов.

По протесту прокуратуры Верховный Суд РСФСР отменил приговор в отношении М., обвиняемого в убийстве, с обращением дела на новое рассмотрение и направлением обвиняемого на повторную экспертизу в связи с тем, что в заключении первой судебнопсихиатрической экспертизы, признавшей М. вменяемым, не указано, подвергался ли М. психиатрическому обследованию, так как в акте экспертизы отсутствует описание физического и психического состояния, нет описания его поведения во время экспертизы

и даже отсутствует дата дачи этого заключения. При таком положении, сказано в определении суда, заключение судебнопсихиатрической экспертизы является неполноценным.

Всякого рода предположительные выводы также служат поводом для признания экспертизы неполной, влекущей назначение новой экспертизы.

Так, в отношении Г., обвиняемого в нанесении побоев, психиатрическая экспертиза дала заключение: «обвиняемый страдает эпилепсией с психическими эквивалентами и *можно предполагать*, что в период совершения преступления обвиняемый находился в состоянии эпилептической дисфории».

Прокуратура признала эти выводы неясными и назначила повторную экспертизу главным образом потому, что заключение экспертов дано в предположительной форме.

Не может быть признано полноценным заключение психиатрической экспертизы и в тех случаях, когда есть явное несоответствие или противоречие между описательной частью акта и выводами, когда выводы эксперта не только не вытекают из данных обследования, но и явно противоречат им.

Так, эксперты-психиатры в отношении обвиняемого в нарушении паспортного режима дали заключение, в котором сказано, что у обвиняемого «сознание ясное, в разговоре он непоследователен, путает вопросы и по существу на них не отвечает, круг интересов сужен, развитие соответствует образованию и образу жизни» (?). При наличии такого описания психического состояния обвиняемого он все же был признан психически здоровым и вменяемым. Может быть, эти выводы экспертов и правильны, но как тогда следует рассматривать несколько необычное поведение обвиняемого? Такой акт с явными противоречиями не может служить источником доказательства по делу.

Повторная экспертиза назначается в связи с неубедительными и противоречивыми выводами, в результате низкой квалификации эксперта и недостаточного знакомства его с уже установившимися научными положениями судебнопсихиатрической экспертизы.

В отношении обвиняемого, совершившего преступление в состоянии алкогольного опьянения, эксперт-психиатр дал заключение, в котором указано, что обвиняемый в момент правонарушения находился в состоянии патологического опьянения, но за свои поступки ответствен.

Приведенное заключение противоречит общепринятым в психиатрии взглядам, по которым патологическое опьянение является болезненным состоянием, влекущим невменяемость.

Повторная экспертиза назначается органами следствия и суда иногда с целью проверить правильность и обоснованность выводов ранее проведенной экспертизы. Такую повторную экс-

пертизу поэтому называют контрольной или проверочной. Чаще всего этот вид экспертизы проводится заочно, по материалам судебного дела.

По делу М., который по заключению психиатрической экспертизы города Т. совершил убийство в невменяемом состоянии (патологическое опьянение), следователь назначил повторную экспертизу с целью проверить, насколько обоснованны предыдущие выводы. Направление на экспертизу следователь мотивировал так: «Следствие не имеет оснований для возражения против заключения, данного судебнопсихиатрической экспертизой. Однако, учитывая, что М. совершил тяжкое преступление, что подобного рода заключение местная экспертиза дает по другим аналогичным делам и что проверить правильность данного заключения в местных условиях нет возможности, назначить повторную экспертизу в институте имени Сербского».

При новой экспертизе диагноз патологического опьянения отвергли, М. признали вменяемым. При этом был дан подробный анализ предыдущего экспертного заключения.

Поскольку задачей повторной экспертизы является проверка правильности ранее данных заключений, то экспертная комиссия в этих случаях должна быть более компетентной и состоять из более квалифицированных специалистов.

Состав экспертной комиссии для проведения повторной экспертизы комплектуется или следователем, или судом путем персонального подбора экспертов или руководителем психиатрического учреждения или органами здравоохранения.

В некоторых случаях следователь, прокурор или суд, назначая повторную экспертизу, указывают, что она должна быть проведена новыми экспертами, но с участием прежнего состава всей комиссии или ее части, т. е. в расширенном составе. В каждом отдельном случае обычно такой состав комиссии специально оговаривается в постановлении.

Возникающие у следователя или суда сомнения, связанные с нечеткостью и неясностью формулировок и мелких недочетов и неточностей в заключении, в некоторых случаях могут быть исправлены и дополнены без повторной экспертизы, путем дополнительных разъяснений экспертов при их допросе.

Закон предусматривает также, что при недостаточной ясности или полноте заключения может быть назначена д о п о л н и т е л ь н а я экспертиза (ст. 81 УПК). Задачей последней может явиться оценка новых материалов, ставящих под сомнение правильность выводов первой экспертизы, и пересмотр всего ранее данного заключения.

При дополнительной экспертизе, в связи с новыми материалами по делу, целесообразно и желательно, чтобы участвовал прежний состав экспертов, знакомый с материалами дела и данными прежнего обследования испытуемого. Однако могут быть выделены и новые эксперты.

Следует считать допустимыми участие одних и тех же экспертов также тогда, когда первая экспертиза не дала окончательного заключения и сама высказалась за проведение экспертизы в иных условиях, позволяющих осуществить дополнительные обследования. Так, амбулаторная экспертная комиссия, если она не смогла окончательно дать заключение о вменяемости из-за неполноты обследования, может полностью или частично участвовать в даче экспертного заключения в стационаре.

Инициатива о направлении на повторную экспертизу исходит главным образом от следственных органов или суда. Но нередко она назначается по настойчивому ходатайству родных или по ходатайству защиты обвиняемого, а иногда и самого обвиняемого после ознакомления с выводами экспертизы. В перечисленных случаях повторная экспертиза назначается только при наличии существенных доводов о неправильности предыдущего заключения.

Заключение экспертизы оценивается в зависимости от его научной убедительности, авторитета данного учреждения.

В основном повторную экспертизу проводит Центральный научно-исследовательский институт судебной психиатрии имени Сербского, куда, согласно инструкции от 31 мая 1954 г., обращаются органы расследования и суда в особо сложных случаях.

Раздел II

ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Глава 13

СТРОЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

У человека и у стоящих на высшей ступени развития животных нервная система осуществляет связь организма с внешней средой, устанавливает взаимодействие различных органов, регулирует и координирует функции организма.

И. П. Павлов подтвердил, что «...все внутренние, как и внешние, отношения в высших организмах главнейшим образом осуществляются при посредстве нервной системы»[1].

Основным структурным и функциональным элементом нервной ткани является **нейрон**, т. е. нервная клетка с ее отростками. Нейрон обладает высокой возбудимостью и способностью проводить нервные импульсы.

От каждой нервной клетки отходит один главный отросток, по которому нервные импульсы проводятся по направлению от тела нервной клетки к иннервируемому органу или к другой нервной клетке. Это так называемый **осевоцилиндрический отросток** или **неврит**. Другие отростки нервной клетки, ветвящиеся подобно дереву и проводящие нервные импульсы с периферии к телу нервной клетки, называются **дендритами** (рис. 1).

Передача нервных импульсов с одного нейрона на другой или к какому-либо органу осуществляется в результате контакта между отростками нервных клеток или нервной клеткой и тканью органа.

Благодаря многообразному соединению нервных клеток, часто имеющих большое число разветвленных отростков, импульсы

---

[1] И. П. Павлов, Полное собрание сочинений, изд. 2-е, т. 3, кн. 2, 1951, стр. 165.

распространяются по нервной системе в разнообразных направлениях и сочетаниях.

Мозг современного человека сформировался в результате длительного исторического развития. У низших организмов (у гидры, например), нервная система представляет сеть, состоящую из разбросанных нервных клеток с ответвлениями, переплетающимися между собой. Она не имеет особых центров, и возбуждение распространяется по всем направлениям. Но уже у насекомых нервная система состоит из нервных узлов с особенно усложненным головным узлом, воспринимающим раздражения и регулирующим движения конечностей, крыльев и других органов (рис. 2).



Рис. 1. Нервная клетка с отростками (нейрон)

На дальнейших ступенях развития животного мира нервная система претерпевает ряд существенных изменений. Отдельно разбросанные нервные клетки постепенно образуют скопления, увеличивается количество нервных клеток, усложняются строение нервной системы и ее функции. Наивысшей стадии развития нервная система достигает у человека.

Нервная система человека (как у позвоночных животных) делится на центральную и периферическую. В тесном взаимодействии с центральной и периферической находится так называемая вегетативная нервная система.

Центральная нервная система представлена головным и спинным мозгом и заключена в костные покровы — черепную коробку и позвоночный столб. Мозг покрыт тремя оболочками: твердой, паутинной и сосудистой.

Большой или головной мозг в свою очередь состоит из мозгового ствола, включающего продолговатый и средний мозг, мозжечка и больших полушарий (рис. 3). Названные отделы головного мозга выполняют различные функции.

Большие полушария — это парный орган; они имеют внутри систему сообщающихся между собой полостей (боковые желудочки и др.), которые так же, как и пространства между оболочками, заполнены мозговой жидкостью. Полушария разделяются на области, называемые долями, — лобная, теменная, затылочная, височная и островковая доли. Выпуклая поверх-

ность больших полушарий пересечена значительным количеством борозд, отделяющих извилины одну от другой (рис. 4). Одни борозды более глубоки и постоянны, другие менее глубоки, но также постоянны, и, наконец, имеются непостоянные борозды, варьирующие у отдельных индивидуумов и создающие некоторую асимметрию в строении полушарий. Поверхностный слой больших полушарий головного мозга образован главным образом телами нервных клеток, имеет серый цвет и называется корковым слоем или корой головного мозга (рис. 5).

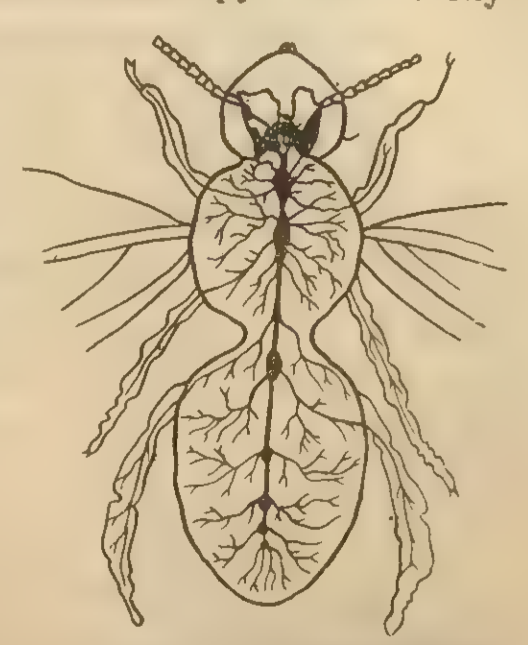


Рис. 2. Нервная система насекомого.

Под серым веществом головного мозга находится белое вещество, состоящее преимущественно из нервных отростков, нервных волокон и промежуточной ткани или нейроглии.

Серое вещество имеется и в лежащих в глубине полушарий скоплениях нервных клеток — подкорковых узлах, которые вместе с расположенными поблизости от них зрительными буграми составляют подкорковую область, связанную с корой и контролируемую последней. Подкорковые узлы управляют простейшими эмоциями и осуществляют сложные врожденные формы поведения, называемые инстинктами.



Рис. 3. Головной мозг (большие полушария, мозжечок, продолговатый и средний мозг)

Кора больших полушарий имеет сложное строение. В ней различают шесть основных слоев, отличающихся друг от друга густотой расположения, формой и величиной клеточных элементов. В некоторой части мозга количество слоев уменьшается и строение их изменяется.

Путем длительного наблюдения и в результате опытов над животными установлено, что разные виды нервной деятельности

связаны с отдельными участками коры головного мозга: зрительные импульсы с затылочной областью мозга, двигательные — с передней центральной извилиной, слуховые — с височной. Функции, связываемые с определенными участками — «центрами» коры, длительное время считались постоянными и неизменными. При этом игнорировались факты, показывавшие, что при разрушении какого-либо центра, например, «центра речи», утраченная на некоторое время речь в дальнейшем может восстановиться, хотя эта часть мозга остается разрушенной.



Рис. 4. Выпуклая поверхность большого полушария (борозды и извилины)



Рис. 5. Кора головного мозга (серое вещество) и белое вещество

На основе учения И. П. Павлова доказано, что различные функции организма, центры которых раньше рассматривались как обособленные образования, в норме никогда не протекают изолированно друг от друга. Нервный центр каждой физиологической деятельности включает в себя различные образования центральной нервной системы, которая функционирует как единое целое.

Прежнее представление о роли центров коры головного мозга пересмотрено, так как было установлено, что каждая функция регулируется при помощи сложных физиологических процессов — рефлекторных актов, затрагивающих различные системы мозга.

Функции мозга хотя и локализованы в определенном участке коры, вместе с тем присущи всей коре как целому. Именно поэтому в случае повреждения в мозгу центра какой-либо функ-

ции может произойти частичное или полное ее восстановление за счет других участков, за счет клеток, разбросанных по коре мозга, имеющих отношение к данной функции.

Таким образом, чисто анатомическое представление о локализации функций сменилось учением И. П. Павлова о динамической локализации в коре мозга различных деятельностей организма.

Работа коры больших полушарий головного мозга неотделима от деятельности нижележащих отделов мозга. Ведущая роль в осуществлении различных функций живого организма принадлежит коре. Она является основой процессов сознания и мышления, анализа и синтеза явлений внешней и внутренней среды, а также выполняет высшую функцию координации движений.

Кора мозга получает импульсы от поверхности тела, мышц, глаз, органов обоняния и слуха, внутренних органов и кровеносных сосудов, от мозжечка и подкорковых нервных узлов. В свою очередь кора посылает импульсы к мышцам, различным органам и вегетативным центрам.

Большие полушария человека чрезвычайно развиты, и человек в этом отношении превосходит всех животных.

Ни одно животное, например, не обладает одновременно столь многочисленными, сложными и глубокими бороздами. Длительное время полагали, что по тому, насколько развиты борозды и извилины мозга можно судить об одаренности человека. Взгляд на зависимость одаренности от количества борозд и извилин в дальнейшем был отвергнут, как не нашедший подтверждения и научно не обоснованный.

Важнейшую роль в жизнедеятельности организма играет продолговатый мозг, в котором расположены жизненно важные центры, в том числе центр сердечно-сосудистой системы, дыхательный, центр регуляции температуры тела и другие, регулирующие функции постоянно действующих внутренних органов.

Часть волокон проводящих путей, проходящих через продолговатый мозг, перекрещивается: с правой стороны они переходят на левую и с левой на правую. Поэтому при поражении какого-либо участка левого полушария головного мозга выпадают или нарушаются некоторые функции, например, движения конечностей на правой половине тела.

Так как «центр речи» как непарный располагается в левом полушарии по соседству с центром движения конечностей, при поражении так называемой двигательной зоны утрачивается речь и парализуются на более или менее продолжительное время конечности правой половины тела. Левосторонний

паралич, наоборот, почти никогда не сопровождается нарушением речи [1].

Мозжечок играет важную роль в регуляции равновесия тела, мышечного тонуса и координации движений.

Спинной мозг представляет цилиндрический тяж, разделенный продольными бороздками на две симметричные половины. Спинной мозг покрыт мозговыми оболочками. В отличие от головного, в котором серое вещество расположено снаружи, а белое внутри, в спинном мозгу серое вещество, состоящее из тел нервных клеток, расположено внутри, а по периферии имеется белое, состоящее из нервных отростков.

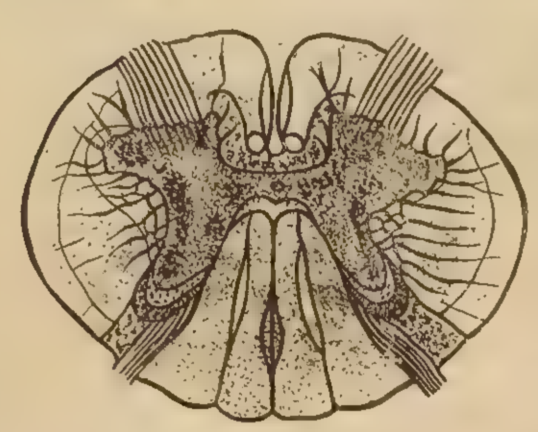


Рис. 6. Спинной мозг (на разрезе) с чуствительными и двигательными корешками

Спинномозговой канал заполнен спинномозговой жидкостью. Проведение возбуждения от периферии к центрам спинного мозга осуществляется по чувствительным (центростремительным) нервным волокнам, входящим в спинной мозг в составе его задних корешков, а проведение возбуждения от нервных центров к мышцам осуществляется двигательными (центробежными) нервными волокнами, которые выходят из спинного мозга, образуя передние корешки (рис. 6).

Таким образом, от спинного мозга по всей его длине отходят спинномозговые нервы, входящие в состав периферической нервной системы.

Импульсы, поступающие с периферии, достигнув серого вещества спинного мозга, направляются по восходящим путям (волокнам) к расположенным выше отделам центральной нервной системы. Двигательные клетки спинного мозга получают импульсы, не только поступающие к чувствительным клеткам с периферии, но также из различных отделов головного мозга по нисходящим — проводящим путям, связывающим спинной мозг с подкорковыми центрами и большими полушариями головного мозга (рис. 7).

Некоторые рефлекторные функции (мочеиспускание, дефекация, сгибание конечностей и др.) осуществляются иногда благо-

[1] Исключение наблюдается у левшей, у которых центр речи располагается в правом полушарии.

даря деятельности одного спинного мозга без участия головного. Более сложная деятельность протекает при участии подкорковых центров и коры головного мозга.

Периферическая нервная система — это нервы, отходящие от головного и спинного мозга. Двенадцать пар нервов отходят непосредственно от головного мозга и носят название черепномозговых. В состав каждого периферического нерва вхо-

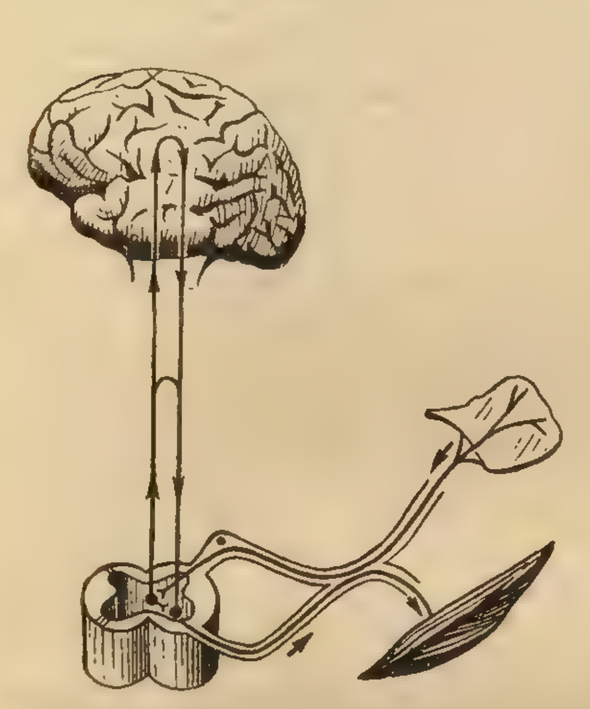


Рис. 7. Схема проводящих путей

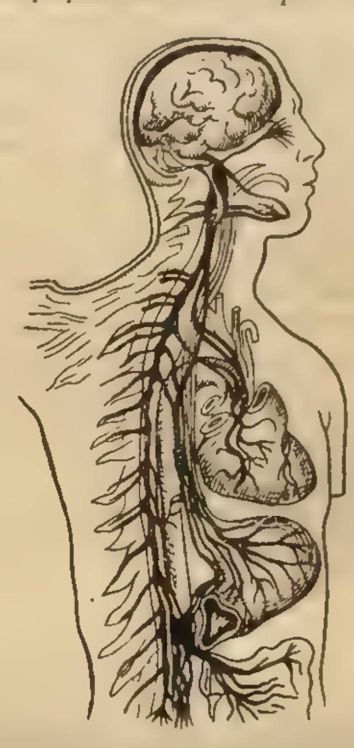


Рис. 8. Схема строения вегетативной нервной системы

дят нервные волокна, состоящие из отростков нервных клеток, передающих импульсы с периферии от воспринимающих концевых чувствительных образований (рецепторов) в центральную нервную систему. Это чувствительные волокна нерва.

По двигательным нервным волокнам распространяются импульсы, направляющиеся от центральной нервной системы ко всех органам и тканям. Это двигательные волокна нерва. В составе периферических нервов имеются также волокна и вегетативной нервной системы.

Вегетативная нервная система регулирует деятельность пищеварительного тракта (отделение соков железами пищеварительных органов, продвижение пищи по пищеварительному каналу и др.), кровообращения (сужение и расширение кровеносных сосудов), слезных и потовых желез и желез

внутренней секреции, а также других органов. Нервные клетки вегетативной нервной системы заложены в определенных отделах центральной нервной системы: в головном и спинном мозгу, образуя центры вегетативной системы в периферических нервных узлах, расположенных в виде цепочек по обе стороны позвоночника, а также в некоторых внутренних органах (рис. 8). Такие узлы и сплетения имеются в мышце сердца, железах внутренней и внешней секреции, стенках пищевода, желудка и кишечника, мочевом пузыре, матке и других органах.

Длительное время предполагалось, что деятельность внутренних органов и всей вегетативной нервной системы не связана с центральной нервной системой. Вегетативная нервная система ранее именовалась «автономной». Однако в результате исследований В. Я. Данилевского, В. М. Бехтерева, Н. А. Миславского, Л. А. Орбели, К. М. Быкова и др. установлена функциональная зависимость вегетативной нервной системы и внутренних органов от центральной нервной системы, в том числе и от коры больших полушарий головного мозга.

Глава 14

УЧЕНИЕ О ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Современное учение о высшей нервной деятельности создано И. П. Павловым, который творчески развил и экспериментально обосновал идеи И. М. Сеченова.

И. М. Сеченов в труде «Рефлексы головного мозга» еще в 1863 году утверждал, что «все акты сознательной и бессознательной жизни по способу происхождения суть рефлексы».

Рефлексы были известны еще в допавловский период. Р. Декарт (1596—1650 гг.) под рефлексом понимал движение, осуществляемое независимо от сознания в ответ на определенные раздражения. В дальнейшем под рефлексами стали понимать реакции организма, осуществляемые только низшими отделами центральной нервной системы.

Рефлекторной деятельности противопоставлялась психическая деятельность головного мозга, психическая деятельность, не поддающаяся объективным методам изучения.

И. П. Павлов, идя по пути материалистического естествознания, нашел способы и приемы, с помощью которых экспериментально доказал, что психические явления могут быть столь же точно изучены, как и явления, относимые к рефлекторным.

Благодаря применению условно рефлекторного метода сложная психическая деятельность, исследовавшаяся ранее только с помощью субъективных методов, стала доступной для объективного изучения.

Условный рефлекс стал для физиологии «центральным явлением», пользуясь которым оказалось возможным наиболее полное и точное изучение как нормальной, так и патологической деятельности больших полушарий [1].

Учение И. П. Павлова явилось огромным достижением материалистической науки. Оно полностью подтвердило основное положение марксистского философского материализма о первичности материи и вторичности сознания, доказало, что сознание есть лишь продукт высокоорганизованной материи, которой являются нервная система, мозг.

---

[1] Подробнее об этом см. К. М. Быков, Г. П. Конради, Павловское физиологическое учение, БСЭ, т. 31, 1955, стр. 526—532.

Безусловные и условные рефлексы

В основе деятельности нервной системы лежат безусловные и условные рефлексы в их сложном взаимодействии. Анатомической основой рефлекса является рефлекторная дуга. Последняя включает в себя воспринимающую или рецепторную часть: органы чувств (рецепторы) с окончаниями чувствительного нерва. Здесь внешние раздражения преобразуются в нервное возбуждение, которое передается в центральную нервную систему по чувствительному волокну. Второй составной частью рефлекторной дуги является и цепь нервных клеток, по которым возбуждение распространяется внутри центральной нервной системы, пока не дойдет до той нервной клетки, которая посылает импульс по центробежным волокнам к определенному органу. Третьей составной частью рефлекторной дуги являются центробежные волокна и нерв, по которому передается возбуждение на рабочий орган и иннервируемую ткань.

Рефлекторная дуга может иметь более сложное строение, а также большее количество составных элементов, особенно в центральном звене — в центральной нервной системе.

Начальную часть ее представляют нервные окончания, находящиеся в органах зрения, слуха, вкуса, обоняния, кожных рецепторах, внутренних органах, суставах, мышцах.

Сложный нервный аппарат, состоящий из воспринимающего прибора — рецептора, проводящей части нерва и высших центров в коре больших полушарий головного мозга, И. П. Павлов назвал анализатором. Таким образом, в понятие анализатора входят нервные окончания воспринимающего органа, проводящий нерв и клетка центральной нервной системы — коры головного мозга.

Основная масса корковых клеток каждого анализатора расположена, как уже указывалось, в определенных областях мозга. Это ядро анализатора.

С деятельностью коркового отдела анализаторов связано образование условных рефлексов.

Безусловные рефлексы — это врожденные, передающиеся по наследству, постоянные, однотипные, сразу же возникающие ответы организма на относительно немногие определенные раздражители. Раздражения, вызывающие рефлексы, в одних случаях могут исходить из внешнего мира: звуковые, световые, осязательные, обонятельные раздражения, которые воспринимаются рецепторами — специальными приспособлениями в ухе, глазу, обонятельном органе, в коже воспринимающего. Воздействия, воспринимаемые рецепторами, передаются по чувствительным нервам в центральную нервную систему (в спинной или голов-

ной мозг). Оттуда импульсы по нервным волокнам направляются к мышцам, железам и другим органам, отвечающим на воздействие. Это — путь безусловного рефлекса.

Безусловными рефлексами являются: мигание века в ответ на освещение глаза, глотание в ответ на раздражение пищей мягкого нёба, отдергивание конечности при уколе кожи, кашель и чихание при раздражении слизистой оболочки дыхательного горла и носоглотки, выделение слюны при раздражении слизистой рта.

Безусловные рефлексы могут осуществляться как спинным и продолговатым мозгом, так и некоторыми подкорковыми образованиями и протекать неосознанно при выключении высших отделов центральной нервной системы или осознаваться после поступления импульсов в кору головного мозга.

Рефлекторная деятельность спинного и стволовой части головного мозга охватывает лишь узкий круг ответных реакций, обеспечивающих наиболее простые формы поведения. Для высокоорганизованных животных необходимы более сложные формы рефлекторной деятельности, осуществляемые высшими отделами мозга — корой и подкоркой. Последняя (подкорка) в сложной рефлекторной деятельности играет значительную роль, она поддерживает тонус, необходимый для работы коры, и является как бы источником энергии для нее.

Безусловные рефлексы сложного характера, касающиеся врожденных пищевых и половых функций, и поведения, связанного с самозащитой и заботой о потомстве, называются инстинктами. Проявлением их является постройка птицей гнезда, сосательные движения губ ребенка, клевательные движения только что вылупившегося цыпленка и т. п.

Условный рефлекс — это временный, появившийся в процессе индивидуальной жизни, сложный и вместе с тем нестойкий, быстро видоизменяющийся, не всегда одинаковой силы и разнообразный по характеру ответ организма на раздражение.

Условный рефлекс образуется путем установления при определенных условиях связи между безусловным рефлексом и безразличным, индиферентным для данного органа раздражителем. Условные рефлексы вырабатываются при повторном, иногда многократном совпадении во времени безусловного рефлекса с индиферентным раздражителем (рис. 9).

Установлено, что любые раздражители, всякие изменения в окружающем мире и в самом организме могут временно стать условными раздражителями. Условные рефлексы весьма чувствительны ко всякого рода изменениям во внешней и внутренней среде организма.

И. П. Павлов описывает условный рефлекс следующим образом: «Вольем в рот собаки умеренный раствор какой-нибудь кислоты: это вызовет обыкновенную оборонительную реакцию животного. Энергичными движениями рта раствор будет выброшен вон, наружу, и вместе с тем в рот (и потом наружу) обильно польется слюна, разбавляющая введенную кислоту и отмывающая ее от слизистой оболочки рта. Теперь — другой опыт: несколько раз любым внешним агентом, например, определенным звуком подействуем на собаку как раз перед тем, как ввести ей в рот тот же раствор. И что же? Затем будет достаточно повторить один лишь этот звук, и у собаки воспроизводится та же самая реакция, те же движения рта и то же истечение слюны»[1].

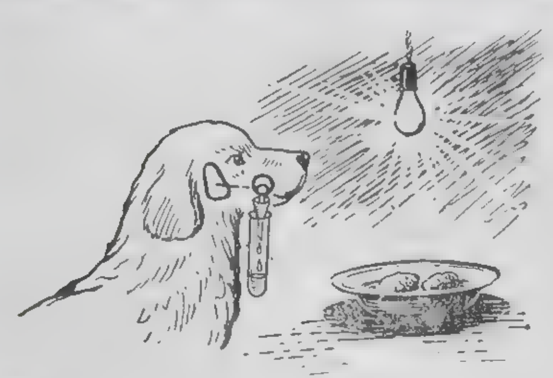


Рис. 9. Выработка условного рефлекса в лабораторной обстановке

Наблюдаемые в опыте оборонительные движения собаки и обильное выделение слюны при вливании в рот кислоты есть безусловные рефлексы. Те же ответные реакции, но возникающие не на вливание в рот кислоты, а на звук, будут условным рефлексом. Образовался данный условный рефлекс в связи с повторяющимся совпадением во времени безусловного рефлекса со звуком. Индиферентный для защитной реакции и выделения слюны звук превратился в условный раздражитель.

Условные рефлексы образуются, по-видимому, только в высших отделах центральной нервной системы — коре больших полушарий. Следует, однако, иметь в виду, что в выполнении любого коркового акта почти всегда участвуют и нижерасположенные отделы центральной нервной системы и, наоборот, как уже отмечалось, некоторые безусловные рефлексы выполняются при выключении коры больших полушарий.

При выработке условных рефлексов в коре мозга происходит замыкание нервной связи между нервными клетками, расположенными в отдельных областях коры, имеющими разное функциональное значение. Вследствие этого возбуждение клеток коры, ранее безразличных в отношении той или иной деятельности организма, начинает вызывать возбуждение и в тех корковых клетках, которые управляют данной деятельностью. По-

[1] БСЭ, т. 56, 1936, стр. 323.

этому световое раздражение, обычно никакого отношения к пищевым рефлексам не имеющее, может быть превращено в агент, вызывающий слюноотделение, если такое раздражение несколько раз совпадало с актом еды или даже предшествовало ему.

На основе условного рефлекса может быть выработан также новый условный рефлекс второго и высшего порядка. Например, у собаки, у которой выработался стойкий условный рефлекс (например, выделение слюны) на световой сигнал, после нескольких сочетаний света с звуковым сигналом, последний также превращается в условный сигнал, вызывающий выделение слюны. Таким образом, возникает более сложный условный рефлекс — рефлекс второго порядка, образовавшийся на основе условного рефлекса первого порядка. У животных рефлекс второго порядка вырабатывается с большим трудом и менее стоек по сравнению с условным рефлексом первого порядка.

И. П. Павлов считал вероятным наследственное закрепление биологически особо необходимых условных рефлексов, повторяющихся у многих поколений. «Можно принимать, — писал он, — что некоторые из условных вновь образованных рефлексов позднее наследственностью превращаются в безусловные»[1].

Основные закономерности высшей нервной деятельности

Деятельность нервной системы основана на процессах возбуждения и торможения, находящихся между собой в постоянно изменяющихся соотношениях. Возбуждение, возникнув в определенной области центральной нервной системы, распространяется дальше, захватывая новые участки коры мозга и ближайшую подкорку. Процесс возбуждения может и концентрироваться, т. е. сосредоточиваться в определенном участке. Стойкие, временно господствующие в центральной нервной системе очаги возбуждения были изучены А. А. Ухтомским и названы доминантными.

Для доминантного очага (или д о м и н а н т ы) характерна способность накапливать, притягивать к себе все более слабые возбуждения, мобилизовать все приходящие в центральную нервную систему импульсы на осуществление определенного акта и тормозить способность других центров отвечать на импульсы, имеющие к ним прямое отношение.

---

[1] И. П. **П а в л о в**, Полное собрание сочинений, т. 3, кн. 1, 1951, стр. 273.

А. А. Ухтомский впервые обратил внимание, что интенсивность начавшегося у собаки акта дефекации не ослабевает от возникающих в этот период привходящих раздражений, а, наоборот, еще больше усиливается и пока акт дефекации не закончился, собака как бы прикована к месту. Происходит это так потому, что возникший корковый очаг возбуждения, связанный с актом дефекации, являясь доминантным очагом, оказывает тормозящее влияние на другие рефлексы. В то же время поступающие в центральную нервную систему не столь сильные раздражения не ослабляют силу доминантного очага, а, наоборот, усиливают его. Сосательные движения младенца не ослабевают при посторонних, не очень сильных раздражениях, а, наоборот, усиливаются.

Однако слабое раздражение, усиливающее основной доминантный очаг возбуждения, при нарастании его силы может привести к возникновению нового доминантного очага возбуждения, вызвав угасание прежней доминанты.

Процессы, лежащие в основе доминантного очага возбуждения, можно установить на таком психологическом процессе, как внимание. Слабо доносящиеся звуки музыки могут не отвлекать внимания, а, наоборот, заставляют еще больше сосредоточиться. С усилением звуков музыки внимание переключается уже на музыку, и ее звуки тогда становятся доминирующими в нашем сознании, мешая продолжению работы.

Торможение в нервной системе участвует как в образовании условных рефлексов (при дифференцировке раздражителей), так и при угасании их. И. П. Павлов различал внешнее безусловное торможение, которое может иметь место во всех отделах нервной системы, и внутреннее, условное, развивающееся только в коре больших полушарий.

Внешнее торможение возникает при действии постороннего раздражителя, под влиянием которого выработавшаяся раньше условная реакция прекращается. При действии внезапно возникшего внешнего раздражения достаточной силы выработанный условный рефлекс может проявиться слабо и даже вовсе исчезнуть.

Видом внешнего торможения является так называемое охранительное торможение, возникающее как защитная реакция нервной системы при чрезмерно сильных раздражениях или при раздражителях, действующих слишком долго.

Охранительное торможение по физиологическому механизму является также и запредельным. Клетки коры мозга в результате падающих раздражений, превышающих их функциональные возможности и предел выносливости, автоматически выключаются, затормаживаются и благодаря этому избавляются

от избыточного расходования вещества, связанного с процессом возбуждения, сохраняя свою жизнедеятельность. При сильном переутомлении мозга таким охранительным торможением является естественный сон, охраняющий жизнь клетки и восстанавливающий ее работоспособность. Внутреннее торможение и сон И. П. Павлов считал одним и тем же процессом в его физико-химической основе.

Примером запредельного торможения является состояние полной неподвижности и оцепенения у человека под влиянием внезапно возникшего сильного переживания, аффекта страха при катастрофе, несчастье, смерти близкого человека, и т. п.

Кроме внешнего торможения изучены явления внутреннего или активного торможения. Одним из случаев его является угасание условного рефлекса при многократном вызывании условным раздражителем без подкрепления безусловными. Так, может угаснуть выделение слюны на звонок при многократном повторении рефлекса без его подкрепления путем дачи пищи. Спустя некоторое время условный рефлекс может снова появиться самостоятельно, без подкрепления. Следовательно, в течение некоторого времени рефлекс находился в заторможенном состоянии. Такой процесс получил название угасательного торможения.

При изучении существующих форм внутреннего торможения (дифференцировочного, запаздывающего и др.) И. П. Павлов и его ученики показали, что центральная нервная система животного способна тонко различать раздражители, точно оценивать разные промежутки времени и приспосабливать организм к многообразным изменениям окружающего мира.

Возбуждение и торможение, как уже указывалось, не ограничиваются тем пунктом центральной нервной системы, в котором они возникли, а распространяются дальше на другие участки и разделы нервной системы с тем, чтобы потом вернуться и сосредоточиться в месте первоначального возникновения.

Процесс распространения возбуждения и торможения называется *иррадиацией*. Явление, противоположное иррадиации, представляющее собой сосредоточение указанных процессов в каком-либо ограниченном участке мозга, называется *концентрацией* нервных процессов.

Концентрация возбуждения и торможения может произойти и без предварительного иррадиирования. В таком случае возбуждение или торможение остается в пределах того очага, в котором они первоначально возникли.

Иррадиация и концентрация возбуждения и торможения зависят от силы раздражителя и вызываемых ими нервных

процессов общего состояния коры мозга, а также от уравновешенности процессов возбуждения и торможения.

Взаимосвязь между двумя основными нервными процессами — возбуждением и торможением — выражается также в явлениях индукции. Сущность последней состоит в том, что возникновение одного из процессов (возбуждения или торможения) вызывает развитие другого, противоположного. Очаг возбуждения, возникший в каком-либо пункте коры мозга, воздействуя на другие соседние участки мозга, вызывает там торможение. Может быть и так, что возникшее в одном очаге нервной системы возбуждение в силу индукции переходит затем в торможение.

Поэтому различают индукцию одновременную, происходящую в разных пунктах (индукция в пространстве), и последовательную, происходящую в одном пункте, но в разное время (индукция во времени).

И. П. Павлов придавал большое значение принципу индукции в работе коры больших полушарий и в ее взаимоотношениях с подкорковыми узлами, нарушение деятельности которых ведет к различным расстройствам движений и чувствительности.

В обычной жизни раздражители возникают не в качестве изолированных, единичных явлений, а в виде комплекса всевозможных раздражителей. Кроме того, организм отвечает не одной изолированной реакцией, а комплексными. Коре головного мозга, таким образом, присуща системная деятельность.

Одной из наиболее сложных форм системной деятельности коры больших полушарий является так называемый динамический стереотип, при наличии которого однажды выработанные навыки и привычки осуществляются со значительной экономией нервной энергии, поскольку привычная деятельность осуществляется с большей легкостью, чем новая.

И. П. Павлов учением о высшей нервной деятельности дал возможность раскрыть физиологическую сущность таких сложных явлений, как сон и гипноз.

Сон — проявление распространенного торможения и полный охват им больших полушарий и некоторых подкорковых узлов. Такое торможение является вместе с тем и охранительным, поскольку возникает как только наступает перенапряжение или утомление клеток коры головного мозга. В состоянии сна кора головного мозга и лежащие под ней участки охватываются сплошным разлитым торможением.

Во время сна при недостаточной распространенности и небольшой интенсивности торможения коры и нижележащих отделов головного мозга могут возникать сновидения. Характер

и содержание сновидений зависит от жизненного опыта лица, свежих или более отдаленных впечатлений, имевших место в бодрствующем состоянии, от факторов, действующих на спящего извне или исходящих от внутренних органов. При отдаленных звуках музыки спящему человеку может присниться концертный зал, при болезненных ощущениях со стороны сердца или кишечника возникают сновидения неприятного содержания.

Гипнотический сон несколько отличается от обычного сна. Гипнотический сон есть искусственно вызываемый, внушенный сон, возникающий в результате длительного действия ритмического монотонного раздражителя (свет, звук, голос гипнотизирующего и т. п.) на клетки мозга. При гипнозе кора находится в состоянии менее полного торможения и, кроме того, определенный участок мозга, так называемый «сторожевой пункт», остается незаторможенным, благодаря чему у загипнотизированного сохраняется частичный, избирательный контакт с внешним миром, связь усыпленного с усыпившим.

Состояние такого неполного сна с наличием «сторожевого пункта» известны в обыденной жизни. Заснувшая у постели своего ребенка мать не реагирует ни на какие, даже сильные, раздражения, но просыпается при незначительном шорохе, исходящем от ребенка.

В состоянии гипнотического сна под влиянием внушения переживаниям гипнотизируемого лица можно придать любое содержание. Загипнотизированный может так же, как и при обычном сновидении, переживать внушенные ему события.

Фазовые состояния. Между бодрствованием и сном имеют место переходные, так называемые промежуточные или фазовые состояния, при которых клетки коры мозга неодинаково выносливы к разным по силе раздражителям и реагируют на них не так, как в обычном, бодрствующем состоянии. Вначале сильные раздражители, трудно переносимые утомленными нервными клетками, вызывают слабую реакцию, на слабые же раздражители клетки реагируют с прежней силой. Таким образом, сильные и слабые раздражители уравниваются. Поэтому такое явление и получило название уравнительной фазы.

При дальнейшем углублении торможения сильные раздражители вовсе не вызывают реакции или реакция будет очень слабой и, наоборот, слабые раздражители вызывают большой силы ответную реакцию. Эта вторая фаза носит название парадоксальной. И, наконец, при еще большем развитии тормозного состояния может оказаться, что раздражитель вместо возбуждения вызывает торможение, а тормозной сигнал

вызывает возбуждение в коре мозга. Такое состояние получило название **ультрапарадоксальной** фазы.

Наличием фазовых состояний объясняется ряд болезненных психических явлений, например, состояние оцепенения при кататоническом ступоре, с длительной (иногда достигающей нескольких лет) неподвижностью тела, отказом от пищи, молчанием и полной сохранностью воспоминаний об этом периоде.

Учение о первой и второй сигнальных системах

Условнорефлекторная деятельность, при которой действительность сигнализируется непосредственно раздражителями — звуком, светом и другими конкретными сигналами, присуща как человеку, так и животным. Такого рода деятельность, по учению И. П. Павлова, относится к так называемой первой сигнальной системе, в отличие от выдвинутого им же понятия о второй сигнальной системе.

Вторая сигнальная система присуща только человеку, обладающему речью. Это качественно более высокая форма нервной деятельности. О ней следует говорить тогда, когда воздействие на нервную систему оказывается не непосредственным, конкретным раздражителем, а словом, содержащим определенное понятие. Раздражителями в этих случаях являются не предметы или явления, а заменяющие их отвлеченные сигналы «в виде слов, произносимых, слышимых и видимых»[1]. Например, у человека выделяется слюна при раздражении слизистой рта непосредственно пищей. Это — безусловный рефлекс. Слюна может выделяться при звоне посуды во время подготовки к обеду. Это уже условный рефлекс, относящийся к первой сигнальной системе, поскольку вызывается конкретным раздражителем (звон посуды). Но иногда слюна выделяется при одном упоминании о пище, например, при произнесении слова «обед». Выделение слюны в данном случае также является условным рефлексом, но относящимся к явлениям более сложного характера, ко второй сигнальной системе, так как рефлекс вызван не конкретным раздражителем, а словом, имеющим определенное смысловое значение.

При помощи второй сигнальной системы осуществляется высшее человеческое мышление, оперирующее понятиями.

Вторая сигнальная система — основа всей человеческой деятельности, высший регулятор поведения.

---

[1] И. П. Павлов, Полное собрание сочинений, т. 3, кн. 2, 1951, стр. 345.

Вторая сигнальная система является способом связи человека с окружающей его социальной средой, средством «межлюдской сигнализации», допускающим известное абстрагирование от действительности, но вместе с тем позволяющим глубоко познавать окружающий мир, включая и социальную среду.

Типы нервной системы

Изучая высшую нервную деятельность на животных, И. П. Павлов и его последователи установили ряд особенностей в протекании основных нервных процессов в каждом отдельном случае. Одни животные отличались спокойствием, они быстро осваивались в новой для них обстановке. Другие — были по характеру трусливыми, обнаруживали резко выраженные оборонительные реакции и долгое время не могли привыкнуть к новым для них условиям лаборатории. Как показали дальнейшие наблюдения и исследования, указанные индивидуальные особенности зависели от вариаций силы, подвижности и уравновешенности нервных процессов, которые и были положены в основу определения конкретных типов высшей нервной деятельности.

По силе раздражительного и тормозного процессов животные могут быть разделены на два типа: на сильных — с более работоспособной и выносливой нервной системой и слабых — с менее выносливой и менее работоспособной нервной системой. В зависимости от уравновешенности процессов возбуждения и торможения наблюдаются уравновешенные и неуравновешенные типы. В зависимости от подвижности нервных процессов, т. е. от быстроты возникновения, прекращения и легкости перехода от одного процесса к другому, различают медленный и быстрый типы.

При сопоставлении указанных признаков в их взаимной связи выделены животные со следующими четырьмя основными типами нервной системы: 1) сильный, уравновешенный и подвижной тип, 2) сильный, уравновешенный, инертный тип, 3) сильный, неуравновешенный, т. е. с преобладанием раздражительного процесса над тормозным, и 4) слабый тип. Определить степень уравновешенности и подвижности нервных процессов у животных слабого типа практически оказалось трудным.

Перечисленные особенности нервной деятельности оказались присущими не только животным, но и человеку.

И. П. Павлов пришел к выводу, что типы нервной деятельности в значительной степени соответствуют созданной еще

в древние времена греческим врачом Гиппократом классификации темпераментов с делением их на сангвинический, флегматический, холерический и меланхолический.

И. П. Павлов установил, что холерический темперамент соответствует сильному, неуравновешенному типу, т. е. возбудимому типу нервной системы; сангвинический темперамент соответствует сильному, уравновешенному и подвижному типу; флегматический — сильному, уравновешенному, но мало подвижному, инертному типу и меланхолический — слабому типу.

Кроме названных типов, существуют и промежуточные типы, соответствующие разным градациям силы нервных процессов.

Для человека, обладающего высшей формой отражения объективной реальности — второй сигнальной системой, в дополнение к указанным четырем типам, И. П. Павлов выделил дополнительно специфические человеческие типы: мыслительный, художественный и средний. В основу деления на эти типы взято соотношение между первой и второй сигнальными системами. И. П. Павлов считал, что у нормального человека вторая сигнальная система всегда преобладает над первой, но степень преобладания у разных людей неодинаковая.

К мыслительному типу относятся лица со значительным преобладанием второй сигнальной системы над первой. Для людей, относящихся к мыслительному типу, непосредственные воздействия окружающей действительности не обладают присущими им яркими образами. Люди мыслительного типа склонны к отвлеченным рассуждениям, находятся во власти мыслительной деятельности, что, правда, не всегда характеризует их с положительной стороны. Чрезмерное превалирование второй сигнальной системы над первой иногда граничит с отрывом от действительности. «Нужно помнить, — говорил И. П. Павлов,— что вторая сигнальная система имеет значение через первую сигнальную систему и в связи с последней, а если она отрывается от первой сигнальной системы, то вы оказываетесь пустословом, болтуном и не найдете себе места в жизни» [1].

К художественному типу относил И. П. Павлов лиц, у которых более развита первая сигнальная система. Люди этого типа живо и целостно воспринимают действительность с ее конкретными раздражителями. У них, как правило,отсутствует склонность к постоянному абстрагированию.

И. П. Павлов указывал, что не каждый представитель художественного типа является художником и не всякий представитель мыслительного типа обязательно должен быть мыслителем.

---

[1] «Павловские среды», т. III, М., 1949, стр. 318.

К среднему типу относятся лица, у которых не выражено преобладание первой или второй сигнальной системы, они занимают промежуточное положение между мыслительным и художественным типами.

Принадлежность к тому или иному типу нервной деятельности ни в какой степени не определяет достоинств личности или предел возможных для данного человека достижений.

Нужно иметь в виду, что И. П. Павлов допускал возможность изменения врожденных особенностей нервной системы и типов высшей нервной деятельности под действием внешних факторов.

Под влиянием воспитания и условий жизни человек с нервной системой слабого типа может превратиться в человека с сильным характером и, наоборот, в условиях изнеженного воспитания у человека с нервной системой сильного типа могут развиваться черты слабого типа. Однако для таких изменений у разных людей нужны различные приемы.

Тип нервной деятельности ни в какой мере не характеризует содержательную сторону личности — мировоззрение человека, его взгляды, убеждения, интересы.

Тип нервной деятельности имеет отношение лишь к динамической стороне высшей нервной деятельности.

Высшая нервная деятельность при психических болезнях

Учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности имеет огромное значение для биологии, психологии и медицины. Оно дало возможность уяснить сложнейшие и ранее непонятные психологические явления, имеющие отношение к процессам мышления, внимания, эмоций. Взять для примера хотя бы ассоциативные процессы, которые в допавловский период психологи изучали и объясняли с субъективно идеалистических позиций.

Учение И. П. Павлова о временных нервных связях — об условных рефлексах — позволило объективно изучать и объяснять процесс образования ассоциаций с чисто физиологических позиций. То, что психологи называют ассоциацией, — говорит И. П. Павлов, — это временная нервная связь «будет ли это образование соединений из всевозможных действий, впечатлений или из букв, слов и мыслей»[1].

Следует отметить, что физиологические механизмы раскрывают только одну сторону психической деятельности. Они

[1] И. П. Павлов, Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, М., 1951, стр. 325.

показывают, по каким закономерностям протекают психические процессы. Содержание же психических процессов определяется условиями жизни человека и всей системой общественных отношений.

Любой психический процесс не может возникнуть сам по себе, без раздражителей. Он является в конечном счете ответом мозга на воздействия, падающие большей частью из окружающей среды. Таким образом, психический процесс отражает то, что действует на мозг. Следовательно, нормальная психическая деятельность есть отражательная, рефлекторная деятельность мозга, вызываемая воздействием предметов и явлений объективной действительности и проявляющаяся в сложном взаимодействии процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. В этом и заключаются физиологические материальные основы нормальной психической деятельности.

Ценнейший вклад внес И. П. Павлов в психиатрию, что дало возможность глубже проникнуть в сущность и происхождение психических заболеваний и отдельных болезненных состояний, в основе которых лежат нарушения («поло́м») высшей нервной деятельности и защитные, приспособительные реакции.

И. П. Павлов установил, что в основе психических заболеваний лежит нарушение нормального взаимодействия возбуждения и торможения, нарушение охранительной функции торможения, возникновение в мозговой коре неподвижных и длительных очагов «застойного» торможения или возбуждения. Как указывалось, эти очаги могут длительно существовать даже и после того, как раздражитель, вызвавший данный процесс, давно уже перестал действовать. Некоторые формы бреда и навязчивого состояния И. П. Павлов объяснял наличием в мозгу очагов патологической инертности нервных процессов.

При различных психических расстройствах большую роль играют фазовые состояния. Так, возникновением парадоксальной фазы можно объяснить явление, наблюдаемое у некоторых больных (при шизофрении), когда больной на сильное раздражение вовсе не реагирует, но отвечает на слабое раздражение, например на шепотную речь. Наличием ультрапарадоксальной фазы в мозгу объясняются явления негативизма, когда больной на предложение протянуть руку, прячет ее, на просьбу войти в палату — оказывает сопротивление, на просьбу выйти из кабинета — идет в противоположном направлении.

Нарушением взаимоотношений между корой и подкорковыми центрами объясняются некоторые состояния возбуждения и неправильного поведения психически больных.

С позиций учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности стало понятным, что нарушение привычного стереотипа, т. е. нарушение прочно укоренившихся привычек в образе жизни человека и в особенности затруднения в приспособлении лиц преклонного возраста к новым условиям являются следствием ослабления и уменьшения подвижности нервных процессов у этих лиц.

Некоторые формы тормозного процесса, как уже отмечалось, И. П. Павлов рассматривал как «охранительный процесс», который имеет громадное значение при лечении не только психических, но и ряде других заболеваний, например внутренних болезней. На принципе охранительного торможения базируется так называемая сонная терапия, т. е. лечение сном путем систематического введения снотворных и наркотических веществ, при котором достигается защита нервной клетки на некоторое время от новых истощающих воздействий, восстановление утраченных сил нервной клетки и ее способности к дальнейшей нормальной деятельности.

Глава 15

ПОНЯТИЕ О ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Уточнить понятие болезни крайне важно как для теории, так и для практики. С этим понятием связаны вопросы трудоспособности, инвалидности, обеспечения пенсией, возможности несения военной службы, пригодности к определенной профессии.

Четкое понимание психической болезни особенно необходимо для судебнопсихиатрической экспертизы, поскольку с ним связано разрешение вопроса о вменяемости обвиняемых, дееспособности при спорах по гражданским делам, о возможности или невозможности осужденного отбывать наказание, о наложении опеки на психически больных и их попечительстве.

Сначала понятие о болезни связывалось с ощущением и переживанием боли, откуда и возникло название. Такое представление о болезни имеет лишь исторический интерес.

В настоящее время известно, что не всякая болезнь сопровождается болью. С течением времени, углублением знаний о физиологических процессах и заболеваниях, эволюцией взглядов на сущность жизни представление о болезни менялось и стремление дать четкое определение ее всякий раз наталкивалось на значительные затруднения.

Несостоятельной, например, оказалась попытка определить болезнь как состояние, отклоняющееся от средней нормы здоровья. Такой статистический метод, используемый для определения «среднего», «нормального» здоровья, имеет весьма относительную ценность. Тенденция считать болезнью все то, что отклоняется от средней нормы, могла бы привести к нелепым выводам. В самом деле, если болезнью считать все, что отклоняется от нормальных проявлений у так называемого здорового населения, то болезнью может оказаться и чрезмерно развитая мускулатура у атлета, и исключительная одаренность человека в отдельной области, и ряд других выдающихся способностей. Поэтому неправильно считать болезнью все то, что отклоняется от «нормального» здоровья.

С развитием научной медицины отечественные клиницисты прошлого века пытались дать определение болезни, исходя из данных анатомии и физиологии.

Крупнейший отечественный врач-клиницист прошлого века С. П. Боткин (1832—1889 гг.) под болезнью понимал нарушение реакции организма на исходящие из окружающей среды раздражения. Он писал: «Проявление жизни в состоянии равновесия ее отправлений составляет нормальную или здоровую жизнь, благоприятную для ее продолжения. Состояние организма с нарушением равновесия жизни составляет болезнь. Всякое нарушение равновесия, не восстановленное приспособляющейся способностью организма, представляется нам в форме болезни более или менее тяжелой, смотря по значению ее для жизни всего организма. Реакция организма на вредно действующие на него влияния внешней среды и составляет сущность больной жизни» [1].

Другой клиницист — А. А. Остроумов (1844—1908 гг.) определял болезнь как особое состояние, как нарушение нормальной жизни человека «условиями его существования в среде» [2].

Приведенные определения болезни вытекали из суждений, что всякое живое существо приспособлено к тем условиям среды, в которой оно живет. При изменении в окружающей среде изменяются и физиологические процессы в организме индивидуума, благодаря чему поддерживается равновесие между организмом и средой. Но если в окружающей среде наступают столь резкие изменения, что организм уже не в состоянии приспособиться к этим условиям, наступает состояние, которое может быть названо болезнью.

Данное понятие болезни соответствует философскому определению болезни, которое дал К. Маркс: «Что такое болезнь, как не стеснённая в своей свободе жизнь?» [3]

Учение И. М. Сеченова, И. П. Павлова о высшей нервной деятельности позволило глубже и точнее раскрыть сущность болезни. И. П. Павлов считал, что болезнь у высших животных и человека возникает в результате нарушения — «поло́ма» рефлекторной деятельности нервной системы. Он писал о том, что при встрече, соприкосновении организма с чрезвычайным условием или, вернее, с необычным размером ежедневных условий начинается особенно серьезная борьба организма с этими условиями, пускаются в ход оборонительные приборы тела. «Борьба кончается или отбитием врага и прекращением работы оборонительных приборов, или победой врага — тогда наступает полом или разрушение той или другой части организма» [4].

---

[1] С. П. Боткин, Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции, т. III, 1950, стр. 10—11.

[2] А. А. Остроумов, Клинические лекции, М., 1895, стр. 2.

[3] К. Маркс, Ф. Энгельс, Соч., т. I, М., 1955, стр. 64.

[4] И. П. Павлов, Полное собрание трудов, т. II, М., 1946, стр. 348.

Приведенные взгляды клиницистов и физиологов на болезнь и на причины ее возникновения совпадают.

В общебиологическом и медицинском понимании болезнь следует рассматривать как нарушение нормальной жизнедеятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды, что выражается в понижении приспособляемости и одновременной мобилизации защитных сил организма. Болезнь у человека в связи с понижением приспособляемости и нарушением нормального взаимоотношения между организмом и средой ведет и к нарушению трудоспособности.

В последнее время наблюдается тенденция отождествлять патологический процесс с болезнью, что не всегда правильно. Наличие патологических изменений не всегда можно считать болезнью, но болезнь может быть только при наличии патологических изменений.

Патологическое изменение в организме, неправильное строение или врожденное недоразвитие и даже отсутствие какого-либо органа (например, врожденное отсутствие одной почки, врожденное неправильное положение сердца: вместо левой половины грудной полости оно расположено в правой) не обязательно проявляется в виде болезни и может оставаться незамеченным как врачом, так и носителем патологического изменения. Наличие изменений строения органов, как говорят патофизиологи (Я. Л. Рапопорт) [1], содержит в себе только возможность развития болезни и еще не дает права утверждать, что болезнь уже существует.

Патологическая реакция, выходящая по силе или качеству за пределы, характерные для нормальной деятельности, т. е. неадекватная силе раздражителя реакция, так же, как «патологический процесс», характерной особенностью которого является быстрое развитие и «патологическое состояние», развивающееся медленно и менее заметно, каждое из этих проявлений может входить в сложный комплекс изменений в качестве одного из элементов, характерных для той или иной болезни [2].

Болезнь не возникает без наличия в организме патологических изменений. По мнению современных исследователей (Н. Н. Сиротинин) [3], она представляет собой комплекс патологических процессов, который становится болезнью только при некоторых условиях. Болезнью становится тот патологический

---

[1] См. Я. Л. Рапопорт, Курс патологии, М., 1955, стр. 30.

[2] См. «Патологическая физиология», под ред. А. Д. Адо и И. Р. Петрова, М., 1957, стр. 21.

[3] См. «Некоторые философские вопросы медицины и естествознания», в кн.: Труды Киевского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени акад. А. А. Богомольца, Киев, 1957.

процесс, который достигает качественно своеобразного этапа развития, ведет к нарушению жизнедеятельности и связан с ограничением жизнеотправлений человека. Поэтому вряд ли верно считать больным человека, вышедшего из теплой комнаты на мороз, только потому, что у него при этом, несомненно, возникнут значительные изменения в высшей нервной деятельности. Болезнь наступает только при включении в последующем ряда добавочных нарушений.

Приведенные соображения, касающиеся общемедицинского определения болезни, должны облегчить понимание термина «психическая болезнь».

Во времена, когда психиатрии как науки не существовало, когда о психических заболеваниях имелись неверные представления, психическую болезнь рассматривали как результат воздействия злого духа, дьявола, последствия колдовства, а под психически больным или «сумасшедшим» подразумевались лица, которые своим поведением резко нарушали общественную жизнь и которые в целях безопасности окружающих и самих себя нуждались в надзоре, изоляции или опеке.

В дальнейшем, с развитием науки психиатрии, когда стали выделяться отдельные формы психических заболеваний, появилась необходимость определить, кого же следует считать психически больным человеком и что следует понимать под психической болезнью.

Поставленные вопросы оказались настолько важными, особенно для судебной практики, что представители правовой науки пытались дать определение психической болезни с точки зрения своей науки.

Болезнью, например, предлагалось считать «наличность в организме лица таких недугов, которые препятствуют юридической его деятельности, т. е. осуществлению его прав и исполнению обязанностей, а равно вменяемости ему в вину учиненных им преступных деяний» [1].

Приведенное определение психической болезни не соответствует современному общебиологическому (медицинскому) пониманию болезни. Человек может обнаруживать психическую болезнь и в то же время не утрачивать способности осуществлять права и обязанности и быть способным ко вменению.

Медицинское понимание болезни значительно шире и не может определяться только юридическими критериями.

Следует считать необоснованной тенденцию к излишнему расширению понимания психической болезни. Это может

---

[1] См. Энциклопедический словарь Ф. А. Брокгауз и Ц. А. Эфрон, т. VII, 1891, стр. 347.

оказать отрицательное влияние на судебнопсихиатрическую практику.

Многие крупные психиатры пытались определить понятие «психическая болезнь» и дать ее признаки.

С. С. Корсаков основным признаком считал изменения личности. Душевными болезнями он называл болезни, при которых происходит изменение личности под влиянием патологических условий.

Об изменениях личности как общем свойстве психических болезней говорят и современные психиатры. «Общим свойством всех психических болезней, — пишет А. В. Снежневский [1],— является временное или стойкое коренное изменение индивидуального психического склада личности больного: психически больной становится иным — новой личностью». Автор пишет: «Психические болезни (психозы) — поражение психической (высшей нервной) деятельности, при котором нарушается отражение реального мира, что проявляется в расстройстве его познания, осознавания бытия (следовательно, и самосознания), в изменении поведения. Этими признаками психические болезни отличаются от других болезней».

Данное определение раскрывает содержание понятия психической болезни.

При психической болезни в результате расстройства деятельности головного мозга изменяется нормальное течение психических процессов, разлаживается сфера чувств, расстраивается память и психические реакции, поведение больного становится неупорядоченным.

Наступление стойких изменений личности можно проследить при психических заболеваниях, отличающихся длительным течением с прогрессирующим ухудшением. Такие же изменения наблюдаются иногда и при заболеваниях с приступообразным течением, при которых каждый приступ ведет к дальнейшим болезненным изменениям личности. При некоторых психических заболеваниях изменения личности наступают в начальном периоде болезни — в острой стадии, при других — их удается обнаружить лишь в дальнейшем.

Общебиологическое положение о том, что не всякое воздействие неблагоприятных факторов внешней среды обязательно должно вызвать болезнь и не всякое изменение физиологических функций является болезнью, в полной мере применимо к психическим болезням.

---

[1] См. А. В. Снежневский, Психические болезни, БСЭ, т. 35, 1955, стр. 236—237.

В психиатрии известны своеобразные по характеру состояния, в основе которых хотя и лежат нарушения высшей нервной деятельности, вместе с тем они считаться психозом не могут. Подобного рода проявления нередко называются пограничными состояниями, т. е. стоящими на грани между психическим здоровьем и психической болезнью.

Патологические реакции со стороны высшей нервной деятельности, особенностью которых является их несоответствие (по качеству и силе) раздражению, также не всегда являются болезнью, а если и бывают таковыми, то только при достижении выраженной степени.

Не могут считаться болезнью реакции со стороны нервной системы, возникающие при психическом волнении, аффекте страха, обычном алкогольном опьянении.

Ряд психических состояний и психических процессов, несмотря на их своеобразие, вообще не являются ни патологической реакцией, ни патологическим состоянием. Примером служит нормально протекающая беременность. Ее нельзя считать ни болезнью, ни патологией. Одышка у здорового человека при физическом напряжении не представляет патологического явления и болезнью не считается. Нельзя назвать болезнью обычный, естественный сон, хотя он и выражается в изменении сознания. Поэтому уснувшего на посту неправильно будет считать находившимся в болезненном состоянии. Утомление также не болезнь, хотя при нем и нарушается обычное течение нервных процессов и трудоспособность.

Глава 16

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

Составными элементами познания объективной действительности являются ощущение и восприятие.

Ощущение — это наиболее элементарная реакция мозга, отражающая отдельные свойства предметов и явлений объективного мира.

С помощью ощущений мы узнаем о цвете, форме, размере и других качествах окружающих предметов, а также об изменениях, происходящих во внутренних органах и отдельных частях нашего тела. Предметы и явления, воздействующие на органы чувств, вызывают в конечном счете в нервных клетках соответствующих подкорковых систем и в коре головного мозга возбуждения. Результатом последнего и является ощущение. «Иначе, как через ощущения, — говорил В. И. Ленин, — мы ни о каких формах вещества и ни о каких формах движения ничего узнать не можем» [1]. Таким образом, ощущение отражает в мозгу отдельные качества и свойства предметов и явлений объективно существующего мира.

В процессе биологической эволюции у высокоорганизованных живых существ сформировались специальные нервные образования — органы чувств или рецепторы, проявляющие особо повышенную возбудимость к раздражителям одного, определенного рода. В дальнейшем у человека в результате его трудовой деятельности рецепторы усложнялись, что позволило организму воспринимать различные раздражения, и ощущения стали еще более дифференцированными.

В зависимости от органа чувств, на который непосредственно падает воздействие или раздражение, ощущения делятся на зрительные, слуховые, кожные (тактильные, температурные и болевые), вкусовые, обонятельные, ощущения движения и положения частей тела и конечностей, органические — ощущения голода, жажды, половые, а также ощущения, связанные с дыханием, кровообращением и функциями других внутренних органов. Однако предметы и явления реального мира познаются не только с помощью отдельных ощущений, но и более сложным путем — путем восприятия.

---

[1] В. И. Ленин, Соч., т. 14, стр. 288.

Восприятие — сложное сочетание ряда ощущений с привнесением в него из своего личного опыта образов прошлого, воспоминаний, представлений. Оно является комплексом ощущений в их совокупности, отражающим предмет в целом.

Восприятие по сравнению с ощущением — более высокая ступень познания действительности. Характерная особенность восприятия заключается в его осознанности.

Восприятие включает в себя также элементы суждения. На его характер влияют эмоции, внимание и пр.

Что из себя представляет восприятие и чем оно отличается от ощущения видно на следующем примере. Перед нами предмет. Мы видим его овальную форму, желтый цвет, с помощью прикосновения определяем шероховатую поверхность, с помощью обоняния устанавливаем, что предмет обладает пряным запахом. Все это — ощущения: зрительные (форма и величина), тактильные, обонятельные. Но по опыту мы знаем, что предметом с такими признаками должен быть лимон, представляем даже его кислый вкус, хотя ощущения вкуса в данном случае не испытываем. Сумма ощущений, связанных с данным предметом, с добавлением своих знаний и личного опыта и является восприятием.

Поскольку жизненный опыт у людей неодинаков и зависит от ряда обстоятельств (возраста, профессии, образования и т. д.), восприятие одних и тех же предметов и явлений у отдельных людей, и даже у одного и того же человека в разное время, может быть разным, хотя в большей или меньшей степени оно и отражает объективную действительность.

Восприятие так же, как и ощущения, делятся на зрительные, слуховые, осязательные и другие. Часто в процессе восприятия одновременно участвуют несколько видов анализаторов и восприятие носит сложный, комбинированный характер.

Физиологической основой восприятия являются безусловные и ранее образованные условные рефлексы, наличие которых и определяет влияние прошлого опыта на содержание и характер восприятия.

Восприятие может быть неполным, неточным, ошибочным. К таким ошибкам восприятия или обманам чувств относятся иллюзии и галлюцинации.

Иллюзии — это неправильное, искаженное восприятие существующих в действительности предметов и явлений. Например, прямая палка, опущенная в воду, из-за разной преломляемости лучей света в воздухе и в воде кажется изогнутой. Иллюзии возникают по ряду причин физического (как в приведенном примере), физиологического и психологического характера.

Иллюзии могут возникнуть при неясном сознании и неотчетливости реального образа из-за недостаточного внимания, усталости, нарушения эмоционального равновесия под влиянием испуга, страха, ожидания.

В полумраке из-за нечеткого восприятия висящее пальто может показаться стоящим человеком, трусливому человеку из-за аффективного напряжения ночью всякий шорох кажется шагами приближающегося злоумышленника, пень в лесу — зверем, в завывании ветра может слышаться плач ребенка, в стуке колес — ритмически повторяющиеся слова и т. п.

Иллюзии сами по себе не являются обязательным признаком психической болезни. Они наблюдаются как у здоровых людей, так и при некоторых психических расстройствах, при отравлении ядами, в лихорадочном состоянии.

Галлюцинации — мнимые восприятия, возникающие без наличия реального объекта. Человек что-то слышит, видит, хотя в действительности соответствующий раздражитель отсутствует. Галлюцинации ярки по силе, возникают непроизвольно, чем и отличаются от представления.

В случаях, когда объект мнимого восприятия локализуется вовне, мнимый голос как бы исходит из пространства и больные убеждены в действительности того, что ими ложно воспринимается, говорят об истинных галлюцинациях.

Нередко воспринимаемый больным объект локализуется им в голове, в мозгу. В подобных случаях больные говорят, что они «слышат» собственные мысли, что их мысли «звучат внутри головы». Это так называемые ложные галлюцинации, впервые описанные В. Х. Кандинским (псевдогаллюцинации Кандинского).

От истинно галлюцинаторных образов псевдогаллюцинации отличаются тем, что они не имеют присущего последним характера объективной действительности, но, напротив, прямо сознаются как нечто субъективное, однако, вместе с тем, как нечто аномальное, новое, нечто весьма отличное от обыкновенных образов воспоминания и фантазии[1]. Галлюцинирующие нередко в какой-то степени отличают псевдогаллюцинации от истинных, так как последние носят как бы насильственный характер.

Галлюцинации, подобно иллюзиям, делятся на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, осязательные и галлюцинации общего чувства, связанные с ощущениями, идущими от внутренних органов.

Слуховые галлюцинации встречаются чаще остальных и проявляются в разнообразном виде, начиная от еле слышимых,

[1] См. В. Х. Кандинский, О псевдогаллюцинациях, М., 1952, стр. 44.

неясных звуков и шумов, отдельных слов и «окликов» до сложных и отчетливых фраз и монологов, произносимых спокойным, повествовательным тоном, являясь по содержанию увещеванием, «добрым советом» и поучением или же угрозой. Обычно слуховые галлюцинации носят безличный характер, они не приписываются определенному лицу. Галлюцинирующий нередко не может сказать, принадлежит этот голос мужчине или женщине, старику или ребенку. Он не в состоянии определить также, откуда идут голоса.

На втором месте по частоте стоят зрительные галлюцинации («видения»), которые могут носить бесформенный, неясный, неподвижный характер в виде теней или же, наоборот, носят характер сменяющихся видений и картин («как в кино»), подвижных фигур, людей и причудливых животных. Эти видения могут быть единичны или множественны, в виде толпы людей, стада зверей, массы мелких насекомых.

Один галлюцинирующий больной «видел» выбегающих из-под дверей комнаты мышей и каждая из них в зубах держала мешочек с атомной энергией, наблюдал как они одна за другой, беспрерывным потоком скрывались у него под кроватью. Другой больной «видел» перед собой маленьких людей с большими лохматыми головами, глаза у них светились фосфорическим блеском, изо рта шел дым, их было много, они всю ночь плясали, кривлялись, высовывали языки, делали всякие непристойные телодвижения, дразнили.

Вкусовые галлюцинации обычно наблюдаются вместе с обонятельными и бывают значительно реже, чем слуховые и зрительные. При таких галлюцинациях больному кажется, что пища имеет неприятный запах и вкус, от нее на языке появляется ощущение металлического привкуса, белье пропитано каким-то пахнущим составом, вредно действующим на организм, от самого больного исходит дурной запах, комната через незаметные щели наполняется отравляющим газом.

Вкусовые и обонятельные галлюцинации носят нередко неприятный для галлюцинирующего характер.

При тактильных галлюцинациях больные испытывают ощущения прикосновения к телу, своеобразные ощущения жжения кожи и т. п. Один больной упорно жаловался, что у него «по коже ползают клопы, которые залезают под кожу, пробираются в желудок, печень и другие органы». Другой жаловался, что ему во время сна делают уколы, под кожей оставляют иглы, и он чувствует как они перемещаются по телу.

Некоторые лица испытывают всякого рода своеобразные ощущения, идущие от внутренних органов, кишечника, половых органов, под влиянием чего они «чувствуют» у себя в теле

наличие живых существ, лягушек, ужей. В таких случаях говорят о висцеральных (относящихся к внутренностям) галлюцинациях и галлюцинациях общего чувства.

Могут наблюдаться комбинации двух или нескольких видов галлюцинаций одновременно. Так, зрительные галлюцинации нередко сопровождаются и слуховыми. В подобных случаях говорят о сложных галлюцинациях.

О наличии галлюцинаций обычно судят по жалобам галлюцинирующих, а иногда и по поведению последних, позе, выражению лица, жестам, взгляду; больные кому-то про себя отвечают, произносят отдельные фразы, усмехаются. Так, больной со слуховыми галлюцинациями угрожающего характера пугливо озирается, прячется, к чему-то прислушивается, кивает головой то утвердительно, то отрицательно, иногда кому-то отвечает, чтобы избавиться от слуховых галлюцинаций, затыкает уши ватой, закрывает голову одеялом. Больной с обонятельными галлюцинациями обнюхивает пищу, прежде чем ее есть, предлагает попробовать другому, отказывается от лекарств.

В судебнопсихиатрической практике большое значение имеют слуховые галлюцинации императивного (повелительного) характера. Они заключаются в том, что больной слышит приказания совершить тот или иной поступок, в результате чего иногда совершаются убийства, поджоги, самоубийства.

Не меньшее значение имеют зрительные галлюцинации, нередко отличающиеся большой отчетливостью и красочностью. Больному могут казаться нападающие на него всякие чудовища, звери, и, спасаясь или обороняясь от них, больной может совершить тяжелое для окружающих общественно опасное действие.

Некоторые больные длительное время скрывают наличие галлюцинаций и, несмотря на расспросы, ничего не говорят о них. Больные, упорно скрывающие галлюцинации императивного характера, представляют нередко значительную опасность для окружающих.

Галлюцинации наблюдаются у психически больных довольно часто. Для одних заболеваний галлюцинации являются постоянным симптомом, при других — они выражены меньше, а при иных и вовсе отсутствуют или носят характер кратковременного эпизода. Галлюцинации могут возникать также при приеме гашиша, кокаина и других наркотических ядов.

Нередко галлюцинации возникают в результате внушения и самовнушения, как это имеет место при массовых видениях у фанатичных и религиозно настроенных людей (видения святых, бесов, «обновление» икон). Галлюцинации могут возникнуть также психогенным путем. Осужденный, например, в ожи-

дании помилования начинает «слышать» об этом сообщения по радио или иным путем. С изменением внешней обстановки нередко прекращаются и эти галлюцинации.

Физиологические механизмы галлюцинаций по И. П. Павлову заключаются в образовании в коре головного мозга патологических очагов инертного возбуждения такой силы, которая достигает степени возбуждения, вызываемого реальным раздражителем.

В судебнопсихиатрической практике некоторые испытуемые заявляют о наличии галлюцинаций, которых на самом деле у них нет. К этому прибегают обычно лица, в прошлом перенесшие психическое заболевание с галлюцинациями и использующие с целью симуляции опыт. Такие галлюцинации обычно конкретны по характеру, надуманны, фантастичны и не сопровождаются какими-либо другими признаками психоза.

Глава 17

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

Все образы, мысли, чувства и действия обычно запечатлеваются и сохраняются в мозгу и затем при определенных условиях вновь появляются в виде воспоминаний. Эта способность мозга сохранять и воспроизводить то, что имело место в прошлом, является **памятью.**

Первым составным элементом памяти является запоминание или запечатление того, что воздействовало на мозг. Благодаря сохранению некоторого «следа» в коре мозга в дальнейшем становится возможным восстанавливание образов и представлений даже тогда, когда вызвавшие их предметы и явления отсутствуют и уже не действуют на органы чувств. Вторым составным элементом памяти является сохранение того, что было ранее запечатлено в мозгу. Наконец, третьим составным элементом является воспроизведение всего или части того, что хранилось в памяти.

Запоминание и вспоминание — это разные процессы. Запомнить еще не значит вспомнить. Мы уверены в том, что хорошо помним чью-либо фамилию, но в данную минуту вспомнить ее не в состоянии, хотя затем и вспоминаем. В данном случае нарушено не запоминание, а только вспоминание.

Способность запоминания позволяет человеку накапливать знания и обогащать свой жизненный опыт, а способность воспроизводить (вспоминать) дает возможность использовать опыт и знания в дальнейшей деятельности.

Память не является изолированной психической функцией, а тесно связана с восприятием, речью, мышлением, эмоциями, произвольными действиями. Поэтому хорошая память является важной предпосылкой для психической деятельности, а слабая — может снизить продуктивность психической жизни.

Запоминание бывает непроизвольное и произвольное. Непроизвольное запоминание — это запоминание без заранее поставленной цели, простое запечатление воздействующих на нас окружающих предметов, явлений, событий текущей жизни. Произвольное или преднамеренное запоминание имеет место тогда, когда человек проявляет заинтересованность, осознает необходимость и ставит перед собой цель запомнить то, что необходимо для выполнения им какой-либо определенной задачи.

Установка на запоминание и на длительность сохранения в памяти играет существенную роль. Известно, что запоминание, сопровождающееся желанием запомнить на длительный срок, всегда прочнее и дает лучшие результаты, чем запоминание на короткий промежуток времени.

Многое из воспринимаемого в жизни не запоминается главным образом потому, что мы не ставили перед собой такой задачи.

Память — это не простой процесс хранения в мозгу в неизменном виде следов от ощущений, восприятий, мышления и действий. Они подвергаются обобщению и локализации во времени и пространстве. В результате реконструкции следов воспринятого события может оказаться, что при более позднем воспроизведении воспоминание не ослабевает, а может быть даже более полным.

С. Л. Рубинштейн[1] экспериментально установил, что дети, прослушавшие рассказ, сейчас же после этого не в состоянии были его воспроизвести. В лучшем случае они могли воспроизвести отдельные его части. Но по прошествии некоторого времени воспроизведение рассказа как бы восстанавливалось в их памяти. Таким образом, более позднее воспроизведение оказалось богаче и содержательнее более раннего. Во вторичном воспроизведении, по прошествии некоторого времени, вскрывались детали, отсутствовавшие в воспроизведении, непосредственно следовавшем за восприятием.

Это явление крайне важно для понимания, например, такого факта, когда последующие показания свидетеля или потерпевшего оказываются более полными и более обстоятельными по сравнению с первыми.

Воспроизведение или репродукция заключается в оживлении следов временных связей, образовавшихся в мозгу от имевших место в прошлом раздражений, вызванных ощущениями, восприятием, эмоциями, мышлением и действиями.

Воспоминания возникают не беспорядочно, а в связи с ассоциативным процессом, который, как известно, тесно связан с процессом мышления. Как уже отмечалось, ассоциации заключаются в образовании временных связей между двумя или несколькими функциональными участками коры головного мозга.

Ассоциации, — как указывает И. П. Павлов, — это не что иное, как временная нервная связь, возникающая в результате одновременного или последовательного действия двух или нескольких раздражителей. В дальнейшем появление возбуждения в одном участке вызывает возбуждение в другом, который

[1] См. С. Л. Рубинштейн, Основы психологии, М., 1935, стр. 237.

был с ним раньше связан. Такие связи и составляют основу ассоциаций в памяти. Образование временных связей — процесс сугубо индивидуальный и обусловлен жизнью, обстановкой, ситуацией. Так, пребывание в Крыму связано иногда с приятными переживаниями, вызываемыми близостью моря: на фоне высоких гор нам запомнился небольшой домик перед ними и т. д. Между этими явлениями образуются временные связи — ассоциации по смежности в пространстве и времени, по контрасту и сходству. Поэтому слово «Крым» по ассоциации вызывает в памяти образ моря, слово «большой» вызывает ассоциацию по контрасту — «маленький».

Простейшим видом является механическая память, при которой смысловое содержание запоминаемого как бы отступает на второй план. Более сложным и вместе с тем более совершенным видом памяти является логически смысловая память, когда ассоциативные связи образуются между представлениями по их смысловому содержанию.

Как при запоминании, так и при воспроизведении участвуют различные виды ассоциаций. Забытую фамилию человека можно вспомнить, узнав, где и когда в прошлом встречался с ним, т. е. при участии ассоциаций по смежности во времени или в пространстве.

Узнавание является отдельным и частым видом вспоминания. Сущность узнавания заключается в признании новых впечатлений тождественными уже существующим и знакомым по прошлому опыту представлениям. Новое восприятие в таких случаях сочетается со следами старых. Допрашиваемый свидетель не может сказать о цвете и размере виденного им предмета, но с уверенностью может указать именно данный предмет, если ему показать его даже среди нескольких таких же предметов. Вспоминание путем узнавания свидетельствует о непрочности сохранения в памяти прежних впечатлений. Некоторые исследователи правильно утверждают, что надежным критерием прочности запоминания является только воспроизведение, осуществляемое в отсутствие объектов[1]. Нужно иметь в виду, что если узнавание основывается на каком-либо одном несущественном признаке, сходном с тем, который воспринимался раньше, то такое узнавание может оказаться ложным.

Не все то, что воспринималось, переживалось или делалось человеком, сохраняется в памяти; значительная его часть забывается.

[1] См. «Психология», под ред. А. А. Смирнова, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна и Б. М. Теплова, М., 1956, стр. 223—224.

Забывание выражается либо в невозможности припомнить или узнать, либо в ошибочном припоминании и узнавании. Забывание у психически здорового человека — нормальное и естественное явление памяти, тесно связанное со временем. Следы от впечатлений, хранящихся в памяти, постепенно как бы стираются, чем дальше, тем с большим трудом воспроизводятся и, наконец, вовсе утрачиваются. Как установлено многочисленными исследованиями, ход забывания бывает неравномерным: больше всего забывание выражено в первый период после запоминания, а затем забывается все меньше и меньше.

Темп и объем забывания зависит от объема и содержания запоминаемого материала, а также от ряда привходящих причин: истощения нервной системы, утомления и др. Забывается прежде всего то, что перестает быть существенным и важным для человека и не вызывает какого-либо интереса.

Память у разных людей неодинакова. Это зависит от индивидуальных особенностей психики, характера деятельности человека и других обстоятельств. Одни лучше запоминают то, что воспринимают с помощью зрительного анализатора и вспоминают преимущественно в зрительных образах, другие запоминают лучше то, что воспринимается слуховым анализатором, третьи лучше запоминают с участием движения. У некоторых лиц нет преобладания какого-либо одного вида памяти.

В зависимости от способов запоминания и воспроизведения, а также от характера запоминаемого различают следующие типы памяти: *двигательная*, заключающаяся в запечатлении и воспроизведении движений, *эмоциональная*, касающаяся чувств, *образная память*, при которой запечатлеваются и воспроизводятся зрительные, слуховые и другие образы предметов и явлений, *словесно-логическая*, выражающаяся в запоминании мыслей и образов, неразрывно связанных со словом и речью.

У человека ведущее место занимают два последних типа, и в зависимости от того, в какой степени преобладает вторая сигнальная система над первой, выявляется в большей степени словесно-логическая или образная память.

В процессе индивидуального развития человека тип и виды памяти меняются. Вначале у ребенка преобладает механическая память, при которой легко запоминается бессмысленный материал, а затем развивается логическая — и легче запоминается осмысленный материал. После периода полового созревания, достигнув своего предела, память остается на одном и том же уровне до 50—55 лет, меняясь, может быть, в характере. Затем обычно она снижается. Но у отдельных лиц это происходит с разным темпом.

Развитие памяти находится в некоторой зависимости от профессии. Известно, например, что человек даже со слабой памятью хорошо запоминает то, что имеет отношение к его профессиональной деятельности: бухгалтер — цифры, охотник — тропы. Описаны лица с исключительной памятью, проявлявшейся в качестве развития только этой стороны психических процессов.

Длительное время наблюдали одного репортера газет, который при исследовании в лабораторных условиях без труда запоминал прочитанные на слух или показанные ему 50, 100 и более цифр. Он с легкостью удерживал в памяти длинные ряды слов, бессмысленных слогов, слов незнакомого ему языка, геометрические фигуры и даже формулы, значения которых он не понимал. Его память, очевидно, была исключительной, так как он способен был воспроизвести материал, который был предъявлен ему во время опытов 10, 15 и 20 лет тому назад. В дальнейшем этот человек стал профессиональным мнемонистом[1].

В качестве симптомов психического заболевания расстройства памяти могут проявляться в обострении памяти, ослаблении, а также и в искажении ее.

Усиление способности воспроизведения в памяти забытых отдельных фактов, событий и действий носит название гипермнезии. Такое обострение вспоминания касается преимущественно отдельных фактов и событий и может возникнуть при болезненных состояниях психики — при инфекционном заболевании с высокой температурой тела, при воздействии на мозг некоторых наркотических ядов, под влиянием волнения, в состоянии крайней опасности. Некоторые исследователи отмечают, что в сознании у отдельных лиц при исключительной обстановке может внезапно всплыть в памяти значительный период жизни с мельчайшими и как бы забытыми подробностями.

Гипермнезия встречается редко, и практическое значение ее невелико.

В качестве болезненного симптома чаще всего наблюдается гипомнезия, т. е. ослабление памяти.

Умеренное ослабление памяти у психически здоровых людей можно рассматривать как вполне естественное и закономерное явление, например, в старости в результате снижения силы раздражительного и тормозного процессов в мозгу. В тех случаях, когда явления старости наступают преждевременно или в резко выраженной форме, а также при глубоких поражениях мозгового вещества, выявляется значительное ослабление па-

[1] См. А. Р. Лурия, Память и строение психических процессов, «Вопросы психологии», М., 1960, № 1.

мяти. Чаще всего оно касается текущих событий при относительной сохранности воспоминаний о давнем. Особенно значительным может быть ослабление памяти при старческом психозе, при органических заболеваниях и травмах мозга. Больной не может вспомнить, например, где находился несколько минут тому назад, в какую дверь вошел, не может правильно назвать года, месяца, числа. Особенно ярко выступают подобные изменения при так называемом корсаковском психозе и корсаковском синдроме. Эти больные обычно правильно оценивают все, что совершается перед их глазами, их суждения и выводы логичны и последовательны, и вместе с тем они ничего не помнят из происшедшего с ними несколько минут назад.

При некоторых заболеваниях, наряду со слабостью запоминания текущих событий, наблюдается также постепенное опустошение воспоминаний в памяти и на прошлые события, причем забывается раньше имевшее место в жизни больного в более поздние периоды. Так, больной может хорошо помнить, что было в молодости, хуже — что было в пожилом возрасте и совершенно не в состоянии запомнить последние события.

Обращено внимание на то обстоятельство, что в процессе забывания существует определенная последовательность: раньше всего из памяти исчезают ближайшие, текущие события, факты и более поздно усвоенные привычки и действия. Содержание памяти утрачивается в направлении от нового к старому и от сложного к простому; легче и раньше забываются собственные имена, за ними имена существительные, прилагательные, глаголы, междометия и жесты. Указанная последовательность в забывании получила название закона обратного развития памяти (закон Рибо).

Под влиянием ряда причин могут наблюдаться выпадения из памяти и утрата воспоминаний. Это явление носит название **амнезии**. Последняя часто относится к какому-то определенному периоду времени различной продолжительности — от нескольких минут до нескольких дней, месяцев и даже нескольких лет. В тех случаях, когда из памяти выпадают воспоминания о событиях, имевших место до возникновения заболевания, такое явление носит название **ретроградной амнезии**.

У мужчины 27 лет после неприятностей служебного характера из памяти выпало все, что имело место в его жизни в течение последних восьми лет. Проснувшись утром, совершенно перестал узнавать окружающих, жену и ребенка, вел себя с ними как человек только что попавший в чужую семью, не мог понять, как попал в этот дом. «Прежде чем попасть сюда, — говорил больной, — со мной что-то произошло, я еще где-то находился, а вот где — припомнить не могу». О жене говорил, что ранее он совершенно не знал ее и познакомился лишь несколько дней тому назад. При свидании с матерью был удивлен и впоследствии об этом событии рассказывал так: «Пришла

старушка, дряблая, дряблая, поцеловала меня в лоб и назвала себя моей матерью. А ведь моя мать и моложе, и добрее на вид. Кроме того, она по моим предположениям должна находиться далеко отсюда. Но только глаза ее очень похожи на глаза матери. Наверное это она». Себя он считал моложе на восемь лет. Процесс восстановления в памяти выпавшего периода шел медленно и длительное время.

Иногда из памяти выпадают воспоминания о событиях, относящихся к периоду после начала заболевания или возникновения болезненного состояния. Это так называемая антероградная амнезия.

Амнезия может быть полной или общей, когда выпадает из памяти все, что относится к определенному периоду, и частичной, когда из памяти выпадают только некоторые явления и их детали, остальное сохраняется.

Чаще всего амнезия наблюдается при кратковременных расстройствах сознания, примеры которых приводились выше (см. наблюдения 3, 7).

К расстройствам памяти относятся также ложные воспоминания (псевдореминисценции), сущность которых заключается в том, что больные сообщают об имевших место в далеком прошлом событиях, как о чем-то только что происшедшем.

В судебнопсихиатрической экспертной практике из всех расстройств памяти чаще всего приходится встречаться с жалобами на амнезию.

Глава 18

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ. БРЕД

В процессе познания окружающего мира вырабатываются определенные представления о предметах и явлениях и устанавливается объективно существующая зависимость и связь между ними. Обобщая и сопоставляя данные непосредственного восприятия с отдельными представлениями и понятиями о предметах и связях между ними, человек путем суждения приходит к определенному умозаключению и выводам. Таким опосредствованным познанием действительности, осуществляемым с помощью понятий и представлений, является мышление. С помощью представлений и понятий стало возможным думать не только об окружающих предметах, имеющих наглядно конкретную форму, как, например, стол, яблоко, нож, но и о явлениях отвлеченного, абстрактного характера («справедливость», «истина», «идея», «явление»). Мышление есть высшая форма отражения мозгом действительности. С помощью мышления человек глубже и вернее познает внешний мир.

Источником мыслительной деятельности служит практика. В то же время практика является областью применения мыслительной деятельности. Таким образом, практика познается путем мышления и в свою очередь к практике применяется то, что получено в результате мышления. «От живого созерцания к абстрактному мышлению, — говорил В. И. Ленин, — *и от него к практике* — таков диалектический путь познания *истины*, познания объективной реальности»[1].

Основными мыслительными операциями является переработка впечатлений, доставляемых органами чувств, расчленение полученного материала на составные элементы, сопоставление, сравнение, выделение главного из второстепенного. Наиболее существенным моментом мышления является анализ и синтез.

Мыслительная деятельность человека непосредственно связана со словом. Человеческое мышление — это обобщенное, опосредствованное словом, речевое мышление. Даже тогда, когда человек думает молча, он так или иначе «внутренне проговаривает» свои мысли.

---

[1] В. И. Ленин, Соч., т. 38, стр. 161.

В отличие от бессловесного мышления животного, элементарного и конкретного по своему существу и не выходящего за рамки чувственных представлений, мыслительная деятельность человека осуществляется не только с участием конкретных сигналов действительности и всего того, что было раньше в ощущениях и восприятии, но также благодаря использованию понятий. Люди мыслят в понятиях, а мышление в понятиях протекает в непрерывной связи с восприятиями и представлениями.

Как учит психология, *представление* — это образ конкретного предмета или явления, ранее воздействовавшего на органы чувств и восстановленного по сохранившимся в мозгу следам от этого воздействия. Представление носит такой же наглядный характер, как и восприятие, но отличается от последнего меньшей яркостью, бедностью деталями, неустойчивостью и некоторым непостоянством. Представление является до некоторой степени обобщенным образом действительности и в этом отношении приближается к *понятию*, которое также отражает предметы и явления реального мира в их существенных и обобщенных свойствах, но лишено характерной для представления конкретной наглядности.

Обобщая словом предметы и явления действительности, человек выходит за пределы того, что дано непосредственно ему в ощущениях и восприятиях. Мыслить посредством слов, обозначающих понятия, можно и о том, что вообще недоступно восприятию и представлению.

Понятия формируются в процессе длительного исторического развития познавательной деятельности человека и человеческого общества.

Составным элементом мышления является суждение, которое проявляется в высказывании чего-либо, утверждении или отрицании каких-либо отношений и связей между предметами и явлениями. Выводом из суждений является *умозаключение*.

Известно, что человеческое мышление протекает в непрерывной связи с ощущениями, восприятиями и представлениями, составляющими наглядные элементы мышления. Поэтому оно, являясь единым процессом, имеет две стороны: наглядную, конкретную и противоположную этому — понятийную, абстрактную. В зависимости от преобладания тех или иных элементов в мышлении оно может носить чувственно-образный, конкретный характер и абстрактный или, как говорят, отвлеченный.

Присущая каждому человеку способность пользоваться мыслительными операциями носит название *интеллекта*.

Уровень его зависит как от особенностей самого мозга, так и от воспитания, обучения и других обстоятельств.

Мышление, как способность познания, является неотъемлемым свойством мозга человека. Физиологической основой мышления человека является вторая сигнальная система, играющая ведущую роль в процессе обобщенного отражения действительности посредством слова.

Расстройства мышления наблюдаются при многих психических заболеваниях и являются важным диагностическим признаком. Они могут выражаться в изменении присущего здоровому человеку темпа мышления и в нарушении последовательности течения мышления.

Мышление может быть *ускоренным*. При так называемом маниакальном состоянии больной, например, говорит быстро, без устали, часами, не закончив одну фразу и не доведя одну мысль до конца, начинает другую, пропускает слова. Следить за ходом его мысли трудно, хотя все же ясно, о чем больной хочет говорить.

При ускоренном темпе мышления суждения и умозаключения поверхностны, возникающие образы носят случайный характер. В беседе такой больной много говорит и отвлекается от основной мысли, на первое услышанное слово или вопрос отвечает тирадой, рифмуя иногда слова по созвучию. Больной с подобным ускоренным темпом мышления и поверхностными ассоциациями на вопрос врача, где его кровать, отвечает: «Наплевать на кровать, можно спать на полу... Шурочка лежит в кровати, хоть не праздник, а среда... Птичка божия не знает ни заботы, ни труда».

В тех случаях, когда мысли у больного меняются слишком быстро, как бы наползают одна на другую, говорят о *скачке* или *вихре идей*.

Изменением противоположного характера является *замедление* мышления. Оно может наблюдаться при подавленном настроении в состоянии психической депрессии. Такие больные говорят с трудом, делают большие усилия, чтобы довести мысль до конца и изложить ее в понятной форме, на простой вопрос отвечают односложными, отрывочными фразами, говорят с большими паузами, отвечают лишь после того, как им несколько раз повторяют вопрос, а иногда и вовсе не отвечают. Их высказывания бедны, однообразны.

У некоторых больных мышление носит болезненно *обстоятельный, тугоподвижный, вязкий* характер. Больной с описываемым мышлением в разговоре застревает на второстепенных деталях, излагает мысль с излишними подробностями, повторяет одно и то же.

Вязкость и обстоятельность мышления видна на следующем отрывке из высказывания больного, жалующегося на здоровье: «Я человек хотя и больной, как вы видите, и хотя со мною происходят припадки, иногда два-три и более за сутки, а иногда и ночью, но я хорошо соображаю и замечаю и не позволю, чтобы надо мной болезненным и беспомощным человеком, забыв о существующих моральных и государственных законах, издевались, доводили меня до болезненных припадков».

При некоторых психических заболеваниях нарушается смысловое содержание мышления. Примером может служить так называемое разорванное мышление. При разорванности мышления высказывания носят бессвязный характер, речь больного представляет собой бессмысленный набор отдельных фраз и слов. Так, на вопрос, какой сейчас год, больной с разорванностью мышления отвечает: «Нужно начинать с крайности, когда происходило исчисление... Все устроено неизвестности, иначе любая вещь вероисповедания сделать новое перерождение, а когда искаженность присваивать истинность и гениальность единой формы торжества, а красота снимается...».

Это высказывание недоступно для понимания, так как состоит из обрывков фраз, не связанных между собой.

Разорванность мышления может обнаружиться не только в речи, но и в письме.

Психически больной с нарушенным мышлением, задержанный при попытке ограбить девушку, которую принял за ушедшую от него жену, написал по этому поводу объяснение следующего содержания: «Я был задержан насильственным образом работниками милиции и был принужден сознаться в пресловутом ограблении гражданки в зимнем пальто зеленого цвета с меховой отделкой. Предприняв попытку завладеть ее паспортом, а затем говорить с ней, решил мотивировать свои действия побуждением раскрыть характерные из вероятных и известных черт внешности те черты, которые помогли бы узнать в гражданке девушку, чей внешний и духовный облик соткан из мифических оттенков безыскусственной, правдивой и воспрянувшей легенды о предводительнице племени голуботелых воинов, живших на неповторимо исчезнувших островках, покрытых девственными кустарниками. Вы не имеете права претендовать на знание источника этой легенды».

Среди расстройств мышления наибольшее значение имеет бред.

Бредовые идеи — это неверные болезненные суждения и умозаключения, не соответствующие действительности и не поддающиеся коррекции и разубеждению.

Бредовую идею или совокупность нескольких бредовых идей, обусловленных болезненными причинами, принято называть также бредом.

В обыденной жизни под словами бред и бредовое состояние понимается иногда болезненное расстройство сознания с непра-

вильными высказываниями, наблюдающееся при некоторых острых инфекционных заболеваниях, с повышенной температурой тела.

Бредовые идеи и бред по своему характеру разнообразны. Из отдельных форм бреда по его содержанию чаще всего наблюдаются: бред преследования и отношения, воздействия, величия и могущества, обнищания, ущерба, ипохондрический бред, бред реформаторства, изобретения, ревности и ряд других.

Больные с бредом физического воздействия считают, например, что на них действуют какие-то люди путем гипноза или с помощью невидимых аппаратов, что по ночам над ними совершаются противоестественные действия и насилия, что какие-то лица пытаются ввести им в мозг иглу, вытягивают нос, уродуют уши и т. п.

Некоторые больные преклонного возраста считают, что их родные и дети неразумно тратят накопленные средства, уносят из дома вещи, соседи собираются ограбить, «пустить голыми по миру». Это бред ущерба или обнищания.

Больной заявляет, например, что он обладает таинственной силой, взглядом глаз может поднять или опустить луну, а движением пальца менять направление ветра, усилием воли вызвать дождь и т. п. Это бред могущества.

Нередко у одного и того же больного наблюдаются различные формы бреда.

Больной считал себя «посланцем бога», говорил, что он призван перестроить мир, что о нем писалось за несколько сот лет до рождения, что он неуязвим для пуль и снарядов, может воскресить давно умерших людей и даже дохлую лошадь. Этот же больной считал, что у него много завистников и врагов, которые хотят его отравить. Однажды он чувствовал в пище яд, проглотил его, но не умер, а лишь оброс волосами. У больного одновременно имели место бред реформаторства, величия, преследования и отравления.

Больной считал, что в желудке у него живут и размножаются гадюки, жабы, в результате чего он чувствует в животе «сосание, бурление и вращение». Больной уверял, что они дышат его воздухом, истощают организм и появились после того, как жена накормила чем-то соленым, а затем напоила водой, с которой он «проглотил что-то», думает, что это был микроб, из которого затем и развились гадюки и лягушки. У данного больного ипохондрический бред переплетался с бредом одержимости гадами.

По структуре бредовые идеи у одних больных связаны между собой, носят стойкий характер, с течением времени все более усложняются и в дальнейшем приобретают стойкую бредовую систему взглядов больного. Это систематизированный бред. Бред в подобных случаях становится мировоззрением, определяющим весь уклад жизни больного.

Возникновение такого бреда сопровождается коренным изменением индивидуальности (А. В. Снежневский).

У других больных бред бывает нестойкий, отрывочный, и его содержание и интенсивность меняются.

Иногда у психически больного случайно возникшая идея в дальнейшем перерастает в стройную бредовую систему. Так, больной во время посещения музея среди предметов обихода царского двора увидел малахитовую пепельницу. Внешне она была похожа на пепельницу, принадлежавшую больному. Путем сложных и путаных рассуждений пришел к выводу, что он является незаконнорожденным сыном последнего царя. В дальнейшем эта идея переросла в бред величия.

Часто бред переплетается и тесно связан с галлюцинациями. Больной считал, что его систематически преследует знакомая женщина, которая якобы повсюду ездит за ним, устраивает разные неприятности и мстит за его отказ сожительствовать с ней. Больной «видит» ее на всех экранах кино, на афишах, иногда «слышит» голос, она всегда спрашивает, куда он идет, предлагает ему «престол и портфель». Бред величия и преследования сопровождался зрительными и слуховыми галлюцинациями.

Бредовые идеи в большинстве отражаются на поведении больных и нередко ведут к совершению опасных для окружающих действий. Особо опасными могут оказаться больные с бредом преследования, отношения, ревности.

Бред преследования и бред воздействия обычно сопровождаются аффективным напряжением, страхом, тревогой, опасением за свою жизнь.

При наличии такого бреда больные нередко из преследуемых и объектов воздействия становятся преследователями. Особенно такие больные становятся опасными, когда их бред окончательно сложился, «выкристаллизовался»[1], принял определенную систему и наметились конкретные лица, включенные в бредовую систему.

Больные с ипохондрическим бредом нередко обвиняют медицинских работников в плохом лечении, заражении их инфекционными болезнями, отравлении ядами, считают, что «их лицо растаскивают по частям», «выкачивают по ночам кровь и вместо нее вливают бурду». Под влиянием бреда они совершают опасные действия против личности, а иногда кончают жизнь самоубийством.

Больные с бредовой переоценкой своей личности обычно представляют меньшую общественную опасность. Больной, счи-

[1] Этот термин введен в психиатрию И. М. Балинским.

тая себя выдающейся личностью, обладающей гениальными способностями во всех областях знаний, властелином мира, вместе с тем ничем не выделялся и все его поведение дальше высказываний не шло. Однако у некоторых из них бредовые идеи величия сопровождаются также и бредом преследования, что соответствующим образом может отразиться и на поведении.

Иногда больные умело и тщательно скрывают бред, диссимулируют, длительное время ничем себя не проявляют и поэтому из-за неожиданности совершаемых ими тяжелых агрессивных действий бывают особенно опасны.

Содержание бредовых идей черпается из запасов знаний заболевшего, что зависит от степени сохранности интеллекта. С упадком умственной деятельности бред обычно бледнеет и распадается.

В основе бреда по учению о высшей нервной деятельности лежат два физиологических явления: патологическая инертность раздражительного процесса и ультрапарадоксальная фаза. Появляющиеся в сознании представления в нормальном состоянии подавляются и отклоняются, в патологическом же состоянии они продолжают существовать, видоизменяются и из них развивается бред. Некоторые формы бреда (ипохондрический и бред отношения) возникают на основе парадоксальной гипнотической фазы (И. Ф. Случевский).

Установить, что высказываемые идеи являются бредовыми, легко, если нелепость их очевидна. Больной говорит, например, что он «маршал всех фронтов на суше, на море и в воздухе», что ему «двенадцать раз присвоено звание героя всего мира», что в награду за заслуги получил персональный самолет с золотыми крыльями, что у него даже капуста заквашена в золотых бочках. Бредовый характер подобных высказываний не вызывает сомнений (конечно, если это не симуляция бреда).

Однако, если высказывания находятся в пределах возможного и не столь несуразны, трудно определить, бред это или же ошибка суждения в результате заблуждения, невежества, суеверия. Чтобы решить данный вопрос, приходится проверять прежде всего, насколько нелепые высказывания и суждения оторваны от реальной действительности.

Мужчина, 54 лет, убил жену. Преступление он объяснил тем, что жена «околдовала» его и лишила половой способности. Для этого она приносила землю с могил похороненных на кладбище людей, клала в карманы одежды и даже подсыпала ему в пищу. Вначале такое заявление могло показаться бредом психически больного человека. Однако было установлено, что жена и муж были суеверными людьми, оба верили в наговоры, ходили к знахаркам. Установлено было, что жена действительно приносила землю с могил и

подсыпала ее мужу для того, чтобы он «не ходил к другим женщинам». В беседе с обвиняемым удалось убедить его в абсурдности высказываемых им предположений о колдовстве.

В данном случае следует говорить не о бреде, а о заблуждении психически здорового человека, о проявлении невежества и суеверия. Заблуждения и ошибочные суждения могут быть порождаемы неправильным пониманием явлений природы и недостаточными знаниями.

Оценка преступления, совершенного в результате заблуждения и суеверия, относится к компетенции суда.

От бредовых идей следует отличать также бредоподобные фантазии. Последние наблюдаются чаще всего в связи с конфликтной ситуацией и у лиц, находящихся под следствием или отбывающих наказание в местах заключения. Бредоподобные фантазии чрезвычайно разнообразны. Они носят искусственный, театральный характер. Отличительной особенностью поведения и высказываний лиц, обнаруживающих бредоподобные фантазии, является тенденция и стремление к самооправданию и искуплению вины (А. Н. Бунеев). Так, совершивший крупное хищение государственных средств и приговоренный к значительному сроку наказания осужденный «работает» над изобретением вечного двигателя, который должен принести ему мировую славу, а стране — большую выгоду.

От бредовых идей психически больных бредоподобные фантазии отличаются отсутствием стойкой убежденности в том, что их утверждения соответствуют действительности.

Наконец, от бредовых идей следует отличать так называемые сверхценные идеи, т. е. суждения, возникающие в результате реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании. Сверхценные идеи не являются признаком психического расстройства. Они могут наблюдаться у людей, охваченных определенной творческой идеей, которая может быть и оригинальна, но в сознании работающего над ней приобретшая значение чуть ли не гениального открытия. Сверхценные идеи наблюдаются иногда и у психически больных в виде отдельных проявлений болезни. В иных случаях у больных сверхценные идеи могут переходить и в бред.

Под влиянием некоторых болезненных изменений в мозгу, чаще всего органического характера, интеллект может снизиться. Стойкое, необратимое снижение интеллекта с преобладанием нарушений мышления носит название слабоумие (деменция). Кроме слабости суждения, нарушения продуктивности мышления, при слабоумии снижается круг интересов, грубеют эмоции, нередко ослабевает память. Слабоумные плохо

отличают главное от второстепенного, их критика к окружающему, к своим высказываниям и поведению недостаточна. Они утрачивают имевшиеся знания и навыки, а новые не способны приобретать, речь становится бедной.

Глубина слабоумия зависит от давности и характера болезненного процесса.

Слабоумие может явиться также следствием врожденной неполноценности и недоразвития мозга. В этих случаях говорят о врожденном слабоумии.

Некоторые подэкспертные симулируют слабоумие и на простейшие вопросы дают нарочито неправильные ответы. Сходное с этим поведение может наблюдаться при некоторых формах реактивного состояния (псевдодеменция, т. е. ложное слабоумие).

Глава 19

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

Познавательные процессы (ощущения, восприятия, представления, мышление) и связанные с ними действия человека обычно сопровождаются определенными переживаниями. Переживания нашего отношения к окружающему миру и самому себе называются эмоциями[1].

Эмоциями в узком значении называют только относительно кратковременные переживания, связанные с удовлетворением или неудовлетворением потребностей в пище и питье, в защите от угрозы жизни организму, в удовлетворении сексуальных потребностей. Эмоции как простейшие проявления наблюдаются не только у человека, но и у животных.

Чувства, в отличие от эмоций в узком смысле, присущи только человеку и обусловлены общественным бытием его, отношениями между людьми, духовными потребностями.

Каждое ощущение сопровождается той или иной эмоциональной реакцией. Вкус сладкого, мелодичные певучие звуки, дуновение теплого ветерка — все перечисленные и подобные им другие ощущения сопровождаются обычно чувством приятного, а ощущения горького, скрежещущие звуки, болевые ощущения — большей частью неприятным чувством. Такого рода элементарные эмоции, связанные с простейшими ощущениями и отражением отдельных свойств предмета, представляют собой **эмоциональный тон ощущений**.

Более сложными эмоциями по сравнению с эмоциональным тоном является **настроение**, под которым понимается более или менее устойчивое эмоциональное состояние, придающее окраску другим переживаниям человека. Оно бывает радостным, печальным, бодрым или вялым, веселым или грустным и может быть обусловлено рядом причин: событиями окружающей действительности, ощущением физического благополучия или слабостью здоровья, недомоганием, достижениями или неудачами в работе. Нередко настроение является результатом сочетания нескольких разных и даже противоположных по характеру причин, являясь как бы суммой нескольких чувствований.

---

[1] Эмоции происходят от французского слова émotion, что значит «возбуждать», «волновать».

Причины настроения не всегда могут быть осознаны до конца, и тогда настроение носит как бы безотчетный характер. Под влиянием настроения психические процессы и поступки могут получить соответствующую эмоциональную окраску. При подавленном состоянии даже приятные события кажутся мрачными. Явления, имеющие эмоциональную окраску большой силы, став доминантными, в состоянии изменить настроение, господствовавшее ранее.

Настроение хотя и является устойчивым состоянием, но все же подвержено изменениям и колебаниям. У одних людей оно меняется легко, у других — трудно, одним постоянно присуще одно и то же настроение — тоскливое или приподнятое, у других — наблюдаются частые переходы и колебания. Усилием воли настроение может быть изменено.

Одной из форм эмоциональных реакций человека на воздействия внешнего мира, при которой эмоциональные проявления носят характер кратковременной, но бурно протекающей вспышки, является **аффект**. Сюда относятся ярость, ужас, отчаяние и др. Переживание радости, как и переживание горя, нередко выливается в форму аффекта. Последний может значительно изменить течение интеллектуальных процессов, возбуждая или затормаживая их. В лаборатории Бехтерева (доктор Срезневский) производили опыты, касающиеся влияния испуга на запоминание, в результате которых было установлено, что воспроизведение прослушанных слов с 71% в обычном эксперименте снизилось после испуга от выстрела до 42%. Описан эпизод массового аффекта с немотой[1], наблюдавшийся во время землетрясения в Италии. В момент, когда здание одной фабрики разрушилось, 300 рабочих стояли у ворот в ожидании пропуска. Они настолько испугались, что, как утверждает автор, не в состоянии были назвать свои имена на перекличке.

Вызывая в коре головного мозга очаг доминантного возбуждения и оказывая тормозящее действие на другие участки мозга, аффект влечет за собой в какой-то степени сужение поля сознания, фиксацию его на вызвавших явлениях и снижение контроля над поведением. Однако человек может преодолеть аффект.

Управление аффектами в значительной мере зависит от моральных качеств личности, от стойких форм поведения, воспитания и жизненного опыта[2]. Чем больше развиты волевые качества человека, тем реже возникает аффект и протекает слабее.

---

[1] См. «Современная психиатрия», М., 1909.

[2] См. «Психология», под ред. А. А. Смирнова и др., 1956, стр. 378.

Сильное, стойкое, глубокое чувство, захватывающее человека, подчиняющее основную направленность его мыслей и действий, — это страсть. Страсти, как и некоторые аффекты, могут играть положительную роль, если направлены на общественно полезное дело, и отрицательную, если преследуют порочные стремления.

Как уже отмечалось, чувства высшего порядка по происхождению и содержанию более сложны, чем простые эмоции. В них в еще большей степени, чем в эмоциях простого типа, выражается субъективное отношение человека к многообразным явлениям объективного мира, окружающим людям, общественной жизни, явлениям природы и к своей деятельности. Чувства — это одна из форм познания объективных качеств предметов и всей действительности, хотя они отражают не самые предметы, а только отношение к ним человека, и обусловлены общественным бытием. Возникают они в ходе исторического развития человеческого сознания. В них выявляются особенности данного человека, его моральные убеждения, мировоззрение, привычки и внутренний мир.

Высшие чувства принято делить на нравственные или моральные, эстетические и интеллектуальные. Высшие чувства у человека занимают господствующее положение по отношению к низшим, они контролируют и могут подавить низшие эмоции.

Чувства играют важную роль в жизни. Одни способствуют активности в достижении поставленной цели, усиливают побуждения. Это положительные чувства. Другие, наоборот, играют отрицательную роль, мешают деятельности и ведут к плохим поступкам. В соответствии с той ролью, которую играют чувства в жизнедеятельности человека, их подразделяют также на стенические или активные, повышающие жизнедеятельность, увеличивающие силу и энергию (например, радость, ненависть, гнев), и астенические или пассивные, понижающие ее, ослабляющие энергию (например, печаль, тоска, боязнь).

Чувства человека сопровождаются определенными выразительными движениями и связаны с более или менее значительными изменениями деятельности внутренних органов и желез внешней и внутренней секреции.

Выразительные движения проявляются в изменениях мимики, положении тела, голосе. Такие изменения часто связаны с переживанием определенного характера. Например, при печали, смущении, испуге понижается тонус скелетной мускулатуры, при некоторых из них (печаль) наблюдается, кроме того, спазм сосудов; при гневе, радости, нетерпении то-

нус скелетной мускулатуры повышается; кроме того, при радости расширяются сосуды, при гневе расстраивается координация движений, человек принимает горизонтальное положение, сжимает кулаки, его лицевая мускулатура напряжена.

Впервые эти внешние проявления аффектов объяснил Ч. Дарвин[1]. Он указал, что выразительные движения — это остатки (рудименты) от прежде целесообразных действий, отголосок того времени, когда человек в гневе, защищая себя, пускал в ход кулаки и челюсти. Такого рода жесты, мимика и иные выразительные движения, присущие определенным чувствам и переживаниям, дают возможность одним людям как бы «читать» чувства, переживаемые другими людьми в данный момент.

Будучи частично зависимыми от подкорковых центров, чувства вызывают изменения в работе сердца, органов дыхания, кровеносных сосудов и желез внутренней секреции, которые также связаны с подкорковыми центрами.

Резче всего выразительные движения и другие изменения наблюдаются при аффектах, как наиболее сильных эмоциональных проявлениях. При гневе, например, человек повышает голос, усиленно жестикулирует, сердце начинает учащенно биться, лицо краснеет; при страхе движения задерживаются или дезорганизуются, человек как бы цепенеет, лишается «дара слова», кожа покрывается холодным потом, волосы щетинятся, прекращается выделение слюны, появляется сухость во рту.

Описан такой случай. Среди членов одной общины произошла кража. Потерпевший обратился к главе общины с просьбой найти вора с тем, чтобы тот вернул украденное. Вор был найден следующим образом. Каждому из членов общины, созванной по поводу этого события, была положена на высунутый язык щепотка риса. Через короткое время зерна риса стали влажными и покрылись слюной. Только у совершившего кражу зерна были сухими. Страх перед разоблачением, в которое укравший верил, парализовал деятельность слюнных желез, и поэтому у него во рту было сухо.

Эмоциональные переживания сопровождаются также существенными изменениями в составе крови и в деятельности желез внутренней секреции. Как установлено американским физиологом Кенноном, при гневе, например, повышается выделение надпочечником адреналина и увеличивается количество сахара в крови.

Выразительные движения, изменения частоты пульса, нарушения деятельности желез и другие изменения являются в судебнопсихиатрической экспертной практике важным

---

[1] См. Ч. Дарвин, О выражении ощущений у человека и животных, 1896, стр. 119—121.

диагностическим признаком, так как по ним можно судить о наличии переживаний и до некоторой степени об их характере.

Психически здоровые люди обладают крайне большими индивидуальными различиями чувств, что в значительной степени зависит от типа нервной системы. Но во всех случаях чувства регулируются и контролируются сознанием. На эмоции нельзя смотреть как на независимые от сознания проявления.

Болезненный характер эмоций нередко заключается в том, что чувства, присущие психически здоровому человеку, при психической болезни возникают легко, по незначительному поводу или даже без повода и носят длительный и устойчивый характер. Примером болезненно приподнятого настроения является маниакальное состояние. Больные в маниакальном состоянии шутят, смеются, все время находятся в движении, многоречивы, отвлекаемы, происходящее с ними переживают как радостное событие, всем довольны. Радостно приподнятое настроение сопровождается ускорением течения мыслительных процессов, легкостью возникновения ассоциаций, переоценкой собственных сил и возможностей. Когда подобное приподнятое настроение сопровождается благодушием, беспечностью, чувством беспричиной радости, довольством и безмятежностью, не оправдываемой объективным состоянием человека, говорят об **эйфории.** Последняя наблюдается при интоксикации мозга, инфекционных заболеваниях и при некоторых органических поражениях центральной нервной системы. Иногда эйфория сопровождается слабоумием со снижением критики.

Противоположным эйфории и повышенному настроению является состояние **депрессии,** выражающееся в болезненно угнетенном настроении. Больные в депрессивном состоянии испытывают беспричинную тоску, тревогу, обвиняют себя во всякого рода проступках, будущее рисуется безнадежным, считают, что они страдают неизлечимыми болезнями, инициатива их резко снижена, течение психических процессов замедлено, говорят тихим голосом, движения заторможены и бедны, больные бездеятельны, поза и мимика выражают скорбь и отчаяние. Депрессия болезненного характера большей частью носит стойкий характер. При глубокой степени депрессии может наблюдаться так называемый взрыв тоски, во время которого в состоянии отчаяния больные совершают самоубийство или покушение на него, наносят себе и близким людям повреждения.

К числу болезненных нарушений эмоциональных реакций относятся также эмоциональное слабодушие и дисфории.

Эмоциональное слабодушие или чувственная неустойчивость выражается в возникновении эмоциональных

быстро меняющихся реакций по незначительному поводу. Эти особенности наблюдаются при артериосклерозе мозга, травмах и некоторых других органических заболеваниях мозга. Такие больные легко расстраиваются, начинают плакать, волноваться, а затем слезы и тревога быстро сменяются радостным, веселым настроением, смехом.

Дисфория — это внезапно, беспричинно и приступообразно возникающее болезненное расстройство настроения, проявляющееся в раздражительности, злобности, недовольстве всем окружающим и самим собой, сопровождающееся иногда страхом и агрессией. Подобные состояния обычно возникают периодически, носят устойчивый характер и длятся несколько дней подряд. В состоянии дисфории больные нередко прибегают к алкоголю. Дисфории наблюдаются в основном у лиц, страдающих эпилепсией и перенесших травму мозга.

При болезненных расстройствах психической деятельности **аффекты** занимают особое место, являясь чаще всего составным элементом многих других симптомов и синдромов психических заболеваний. При зрительных и слуховых галлюцинациях устрашающего характера наблюдается аффект страха.

У психически здоровых людей под влиянием неожиданно возникшей и сильной угрозы, обиды или оскорбления также может появиться аффект гнева, негодования, ярости со значительными нарушениями психических процессов в форме сужения сознания, дезорганизации поведения и последующей более или менее глубокой амнезии.

Условно аффекты принято делить на физиологический и патологический. Об особенностях физиологического, т. е. обычного, неболезненного говорилось ранее. В состоянии физиологического аффекта иногда ослабевает сознательный контроль над своим поведением и тогда человек часто действует недостаточно обдуманно. Он не учитывает в должной мере возможных последствий своего поведения. Однако обычно у этого человека в подобной ситуации возможность сознавать то, что он делает, не утрачивается и способность владеть поведением может быть сохранена.

Необходимым условием для констатации сильного душевного волнения является внезапность его возникновения и немедленное приведение в исполнение умысла на преступные действия. Наличие внезапно возникшего волнения является смягчающим обстоятельством при назначении наказания. Убийство в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения квалифицируется по ст. 104 УК, а умышленное тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение в состоянии сильного душевного волнения по ст. 110 УК.

К группе болезненных временных проявлений в области аффектов раньше относили и так называемый «физиологический аффект на патологической почве», под которым понимали аффективные проявления, возникающие у лиц с неполноценной нервной системой. Физиологический аффект на патологической почве противопоставлялся физиологическому у здорового человека, который в законе обозначается как «душевное волнение».

Понятие физиологического аффекта на патологической почве вносило путаницу в судебнопсихиатрическую практику, и в конечном счете его перестали употреблять.

К группе кратковременных аффективных взрывов относили и так называемую «реакцию короткого замыкания». Название это взято из области электричества. Реакция короткого замыкания у человека обычно характеризуется быстрыми двигательными разрядами и внезапными поступками, при которых аффективные импульсы переходят непосредственно в действия. Человек совершает поступок под влиянием какой-либо мысли внезапно, «не думая ни о чем другом».

Диагноз реакции короткого замыкания сейчас не употребляется. Явления такого характера, если они встречаются, то их лучше относить в группу реактивных состояний.

Патологический аффект рассматривают как болезненное состояние, возникающее у психически здорового человека. Длится он непродолжительное время, сопровождается помрачением сознания, выражается в беспорядочном, большей частью агрессивном поведении с разрушительными действиями, и заканчивается спадом физических и психических сил с последующим глубоким сном. Описанные состояния раньше обозначали как состояние умоисступления, гневное беспамятство, скоропреходящее неистовство, душевное замешательство, импульсивная реакция.

В многочисленных исследованиях, посвященных данному вопросу[1], отмечается, что патологический аффект проходит следующие фазы: подготовительную, фазу взрыва и заключительную или исходную.

Подготовительная фаза характеризуется напряжением эмоций и концентрацией представлений и переживаний на определенных травмирующих явлениях. Сознание в этот период сохраняется, хотя его направленность носит односторонний характер. Длительность подготовительной фазы разная.

Фаза взрыва возникает под влиянием дополнительных раздражителей в плане предшествующей травмы. С биологической

[1] Из работ последнего времени следует указать следующие: «Патологический аффект», «Проблемы судебной психиатрии», сб. III, 1941 г.; И. Н. Введенский, Проблемы исключительных состояний в судебнопсихиатрической клинике, «Проблемы судебной психиатрии», сб. VI, 1947 г.

точки зрения она является процессом отреагирования. Здесь патологический аффект выступает как комплекс сильнейших нарушений во многих сферах психической деятельности.

Волевые расстройства проявляются в нарушении обычного равновесия между усилившимися побуждениями и ослабленным торможением, т. е. в том, что называется утратой самообладания. В указанной фазе нарушается сознание, утрачивается ясность, снижается его порог. В этот момент лица находятся «как в тумане», «как во сне».

Агрессия обычно обусловлена местью, ревностью, страхом и выражается в нападении, разрушении, борьбе, гневе, ярости, негодовании. Наблюдается ряд изменений в физической сфере, свойственных аффектам (покраснение или побледнение, искаженные черты лица, учащение пульса, появление пота и т. п.).

Для рассматриваемых состояний типично то, что действия, как бы они ни были сильны и разрушительны, почти всегда направлены на определенных лиц, с которыми связаны аффективные переживания, на тех, кто оскорбляет. Но иногда разрушительные действия и агрессия распространяются и на случайно присутствующих лиц. В качестве орудия преступления, как правило, употребляются не заранее припасенные, а случайно попавшиеся под руку предметы.

Заключительная или исходная фаза характеризуется в основном истощением психических и физических сил. Аффект, как состояние наивысшего внутреннего напряжения, сопровождается тратой большого запаса сил. Поэтому он неминуемо ведет к быстрому истощению нервной системы. Это выражается в некотором психическом отупении, равнодушии и безучастности к окружающему, нарушении походки, усталом выражении лица, иногда склонности ко сну. Спустя некоторое время после восстановления сил обнаруживается нарушение воспоминаний о событиях, относящихся к периоду развития и взрыва патологического аффекта.

В современной судебнопсихиатрической практике диагноз патологического аффекта как самостоятельного клинического понятия применяется исключительно редко и не всегда обоснованно (наблюдение 19), что объясняется не исчезновением такого рода явлений, а тем, что их стали рассматривать в группе психогенных реакций. Всякого рода аффекты, возникающие у психически здоровых людей внезапно и достигающие чрезвычайной силы, с глубокими нарушениями сознания, суждений и самоконтроля, правильнее будет относить к группе реактивных состояний, поскольку источником их развития является эмоциональная сфера и психические переживания.

При некоторых психических заболеваниях наступает обеднение эмоциональной сферы, иногда достигающее глубокой степени и носящее название **эмоциональной тупости**. Больные с эмоциональной тупостью безразлично относятся ко всему, что волнует, тревожит, радует психически здорового человека. Эти больные безразлично выслушивают сообщение о смерти своих родителей, о неудачах близких им людей. «У меня, — говорит больной, — чувства потухли». Эмоциональная тупость обычно наступает не сразу, а нарастает постепенно, с течением психического заболевания.

Физиологической основой эмоций и чувств являются нервные процессы, происходящие как в коре больших полушарий головного мозга, так и в подкорковых образованиях, регулируемых корой.

Элементарные эмоции сначала возникают как безусловный рефлекс, а в дальнейшем и на условнорефлекторной основе. Сложные эмоции связаны с деятельностью коры, которой принадлежит роль сознательного управления эмоциями, чувствами и их проявлениями. И. П. Павлов писал: «Наши чувства приятного, неприятного, легкости, трудности, радости, мучения, торжества, отчаяния и т. д. связаны то с переходом сильнейших инстинктов и их раздражителей в соответствующие эффекторные акты, то с их задержанием, со всеми вариациями либо легкого, либо затруднительного протекания нервных процессов, происходящих в больших полушариях...»[1].

При некоторых психических заболеваниях нарушается взаимоотношение между корой и подкорковыми образованиями, чем обусловливается более легкое возникновение эмоциональных процессов, их несоответствие поводу, легкие переходы от одного эмоционального состояния к другому.

---

[1] И. П. Павлов, Полное собрание сочинений, изд. 2-е, т. 3, кн 2, 1951, стр. 335.

Глава 20

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ И ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ

Сложная и многообразная мозговая деятельность человека в ответ на внешние раздражения в конечном счете проявляется в поведении и действиях, выражаемых в движениях. И. М. Сеченов писал: «Все бесконечное разнообразие внешних проявлений мозговой деятельности сводится окончательно к одному лишь явлению — мышечному движению: смеется ли ребенок при виде игрушки, улыбается ли Гарибальди, когда его гонят за излишнюю любовь к родине, дрожит ли девушка при первой мысли о любви, создает ли Ньютон мировые законы и пишет их на бумаге, — везде окончательным фактом является мышечное движение»[1].

И. П. Павлов также указывал, что движение является видимой реакцией на всевозможные раздражения внешнего мира.

Двигательные акты, как и все поведение человека в целом, могут быть произвольными, автоматизированными и непроизвольными.

Наиболее многообразными и сложными являются **произвольные** действия, совершаемые с участием воли, почему они называются также **волевыми**. Волевое поведение — это совокупность таких действий и поступков, которые сознательно направлены человеком на достижение поставленных им целей и на удовлетворение определенных потребностей.

Воля, таким образом, — это особая способность, являющаяся непременным элементом всякого сознательного действия человека.

В отличие от животных, поведение которых выражается в их приспособлении к условиям среды, человек не только приспосабливается к действительности, но сознательно и целенаправленно изменяет и преобразует ее применительно к своим запросам.

Как и все стороны психической жизни, воля людей определяется общественно-историческими условиями жизни и трудовой деятельностью.

---

[1] И. М. Сеченов, Избранные философские и психологические произведения, М., 1947, стр. 71.

В понимании воли и волевых действий существовало много неправильных антинаучных взглядов. Так, некоторые утверждали, что поведение человека и его поступки полностью зависят от внешних обстоятельств и конкретной, в данную минуту сложившейся обстановки. Человек, как безвольное существо, полностью находится во власти внешних условий.

Применительно к судебной практике такой упрощенный механистический взгляд на волевую деятельность снимает какую бы то ни было ответственность человека за совершенные им деяния.

Неверно и утверждение о полной «свободе» воли, по которому воля якобы не имеет никакой объективности и поступки человека полностью независимы от каких бы то ни было внешних обстоятельств.

Попытки буржуазных ученых рассматривать влечения биологического порядка в качестве источника волевых действий также являются антинаучными.

Все движения, действия и поступки человека строго детерминированы и подчинены определенным закономерностям в такой же степени, как и все психические процессы. Но поведение человека обусловлено как внешними обстоятельствами, так и потребностями человека, его осознанными стремлениями и доводами разума.

Говоря о свободе воли, Ф. Энгельс указывал, что она заключается не в независимости от законов природы, а в познании их, дающем возможность руководить своими действиями. Он писал: «Не в воображаемой независимости от законов природы заключается свобода, а в познании этих законов и в основанной на этом знании возможности планомерно заставлять законы природы действовать для определенных целей... Свобода воли означает, следовательно, не что иное, как способность принимать решения со знанием дела» [1].

Чем больше человек действует в соответствии с познанными законами объективного мира, чем правильнее он оценивает обстановку, тем более осознаны и поэтому свободнее становятся его действия. Выражением подлинной свободы человека являются действия, вызываемые существенными и устойчивыми мотивами, которые человек признает для себя необходимыми.

«Идея детерминизма, — писал В. И. Ленин, — устанавливая необходимость человеческих поступков, отвергая вздорную побасенку о свободе воли, нимало не уничтожает ни разума, ни совести человека, ни оценки его действий» [2]. Отсюда следует, что деятельность психически здорового человека обусловливается

[1] Ф. Энгельс, Анти-Дюринг, М., 1957, стр. 107.
[2] В. И. Ленин, Соч., т. 1, 1958, стр. 159.

наряду с внешними причинами также активностью его сознания и воли, его отношением к вещам внешнего мира.

Лица, которые в силу психической незрелости или психической болезни (дети, психически больные) не в состоянии правильно оценить обстановку и разобраться в ней, не свободны в решениях и действиях и поэтому не могут отвечать за поступки. Нарушение способности руководить собственными действиями — один из признаков юридического критерия невменяемости (волевой признак).

Волевому действию или поступку, совершаемому по тем или иным стремлениям, побуждениям и желаниям, обычно предшествует сложный мыслительный процесс. Он заключается в осознании мотивов к действию, принятии решения и, наконец, исполнении принятого решения, т. е. реализации волевого действия. Волевое действие совершается только при наличии осознанных мотивов. При отсутствии их действие становится безмотивным и непонятным. Чтобы понять действия другого человека, необходимо знать мотивы этого действия. Не зная мотивов действия, нельзя правильно понять и само действие, так как в основе с виду одинаковых действий могут лежать разные мотивы.

Иногда у одного и того же человека одновременно может возникнуть несколько мотивов, не согласующихся между собой или даже противоречащих друг другу. Такое столкновение их сопровождается своего рода борьбой. Колебания в выборе решения при «столкновении» мотивов, обдумывании могут выражаться в состоянии нерешительности.

Следующий этап, предшествующий действию, — принятие определенного решения и выбор путей для его осуществления. Наконец, заключительным этапом является исполнение принятого решения. Принятое, но невыполненное решение свидетельствует о слабости воли или же о недостаточно осмысленном решении.

Перечисленные этапы предшествуют волевым действиям сложного характера. Волевые действия более простого характера не сопровождаются столь сложными мыслительными процессами. В таких случаях желание переходит непосредственно в действие, минуя промежуточные этапы.

Движения и действия, являющиеся вначале сложным волевым актом, при многократном повторении могут принять характер заученного, а затем и вовсе автоматизированного движения, утратившего черты произвольности. Процесс обучения ходьбе, письму, речи сопровождается, например, движениями, требующими больших волевых усилий. В дальнейшем эти движения совершаются легко и почти автоматически.

Все действия, направленные на достижение поставленной цели, т. е. волевые, сопровождаются вниманием.

Под **вниманием** понимается определенная направленность и сосредоточенность психической деятельности на каком-либо объекте, выделение его среди прочих с одновременным отвлечением психической активности от всего остального. Биологическая основа внимания заключается в возникновении в коре мозга господствующего (доминантного) очага возбуждения и торможения в окружающих его участках.

Внимание может быть охарактеризовано его объемом, т. е. количеством объектов, которые могут быть восприняты или выполнены одновременно, устойчивостью, т. е. продолжительностью сохранения внимания на одном и том же объекте, способностью быстро и сознательно переключаться с одного объекта на другой.

Неспособность длительного сосредоточения внимания даже при волевом усилии проявляется в рассеянности, а неспособность сохранить внимание на том, что нужно, выражается в отвлекаемости. Внимание бывает произвольное и непроизвольное.

Произвольное или активное внимание возникает при участии сознательных намерений и волевых усилий, благодаря которым оно и сохраняется на определенном уровне. Способность сосредоточения психической деятельности на определенном объекте у человека воспитывается и совершенствуется в процессе трудовой деятельности. Известно, что в трудовых процессах внимание является важнейшим составным элементом. «Кроме напряжения тех органов, которыми выполняется труд, во все время труда необходима целесообразная воля, выражающаяся во внимании...»[1]. Интенсивность произвольного внимания, устойчивость и сосредоточенность его на определенных объектах и действиях зависит от значимости последних для человека, заинтересованности в них, сознательного желания завершить их.

Непроизвольное или пассивное внимание возникает без предварительного и сознательного намерения и привлекается предметами или явлениями неожиданно для человека. Зависит непроизвольное внимание от силы раздажителя, его новизны, ситуации и других причин. Внимание, помимо воли, может быть привлечено неожиданно сильным звуком, необычного вида предметом и т. п. Непроизвольное внимание при появлении заинтересованности может сознательно удерживаться на определенном уровне и, таким образом, стать произвольным.

[1] К. Маркс, Капитал, т. 1, 1949, стр. 185.

Расстройства волевой сферы при психических заболеваниях проявляются в нарушениях сознательной целенаправленной психической деятельности, в снижении регулирующей и контролирующей роли сознания в поведении человека, нарушении активного внимания.

Больные с нарушением произвольного или активного внимания рассеянны, легко отвлекаются, не способны к длительному напряжению и сосредоточенности на определенном действии. Из-за расстройства внимания больной, например, не в состоянии вести длительный счет, назвать месяцы или дни недели в обратном порядке. Неустойчивость и отвлекаемость внимания больных может проявляться в том, что они реагируют на всякого рода раздражения, на все, что случайно попало в поле их зрения.

Ослабление произвольного внимания не является обязательным признаком психического заболевания. Оно наблюдается и у психически здоровых людей при переутомлении и усталости. Однако в последних случаях рассеянность, истощаемость и отвлекаемость внимания носят не столь устойчивый характер, как при психических заболеваниях, в особенности тех из них, которые являются результатом грубых анатомических нарушений мозгового вещества.

Многообразные нарушения волевых функций при психических заболеваниях могут выражаться как в повышении, так и в понижении деятельности.

Характерной особенностью нарушений поведения психически больных является то, что раньше всего нарушаются онтогенетически более поздние виды деятельности и за счет их ослабления более резко выступают онтогенетически более старые виды. Сложные волевые акты заменяются простыми, простые — автоматизированными, а последние — инстинктивными (Случевский И. Ф.).

Приведем краткую характеристику наиболее часто наблюдаемых явлений волевых нарушений.

Двигательное и речевое возбуждение у одних больных проявляется в том, что они стараются что-то делать, суетливы, избыточно энергичны, много и без устали говорят, легко отвлекаются и вместе с тем достаточно наблюдательны. У других возбуждение носит характер безотчетного стремления к хаотическим и неупорядоченным движениям. Такие больные говорят что-то непонятное, ползают по полу, сбрасывают с себя белье, царапают кожу, мечутся из стороны в сторону, разрушают все, что попадается под руки.

Двигательное и речевое возбуждение, являясь, по выражению И. П. Павлова, «буйством подкорки», утратившей над собой

контроль коры, сопровождается большим расходом жизненной энергии и физических сил. Поэтому симуляция двигательного возбуждения обычно не удается, так как требует больших волевых усилий и ведет к утомлению и последующему отказу от симуляции.

Противоположным возбуждению является **двигательная заторможенность,** возникающая в результате распространенного торможения коры мозга и подкорковых центров, выражающегося в ослаблении или полной потере волевой деятельности. Больные вялы, нерешительны, их инициатива понижена. При некоторых заболеваниях иногда вообще полностью прекращаются движения. Описанное состояние носит название ступора. Больные в состоянии ступора месяцами или годами неподвижно лежат в постели с закрытыми глазами, большей частью не меняя позы, мышцы их то напряжены, то сильно расслаблены, пищу самостоятельно не принимают, поэтому приходится насильно вводить питательную смесь. Нередко они бывают неопрятны. Ступор обычно сопровождается также речедвигательной заторможенностью, носящей название мутизма. Такие больные обычно не говорят по собственной инициативе и не отвечают на задаваемые им вопросы, а если отвечают, то еле слышной шепотной речью.

Ступор наблюдается при шизофрении (кататонический ступор), может возникнуть в связи с тяжелым психическим переживанием при выраженной депрессии (психогенный ступор), но может быть и симулятивным. Об особенностях каждого из них говорится в соответствующих главах.

Отдельную группу составляют нарушения волевых действий, выражающихся в автоматической подчиняемости и повышенной внушаемости. Ярким примером автоматической подчиняемости является так называемая восковидная гибкость. Больному с восковидной гибкостью можно придать любую неудобную для него позу, в которой он продолжает находиться до полного изнеможения.

С автоматической подчиняемостью сходна повышенная внушаемость, наблюдаемая у интеллектуально ограниченных и истеричных личностей. Сущность внушаемости сводится к выполнению без достаточной критики и без какого-либо сопротивления действий, идея о которых исходит от других лиц. Чтобы избежать влияния внушения при допросе внушаемых лиц следует особо тщательно и продуманно ставить вопросы.

К расстройствам волевых действий относится **негативизм.** Последний выражается в немотивированном противодействии и бессмысленном отказе от выполнения какого-либо действия. Больной делает противоположное тому, что было предложено.

Иногда у некоторых психически больных можно наблюдать однообразно совершаемые действия и движения, например, покачивания туловища, причудливые движения рук, однообразные гримасы, выкрикивание одной и той же фразы. Это — явления **стереотипии.** Так, больной в течение нескольких месяцев выкрикивал одну и ту же бессмысленную фразу: «Шиворот-навыворот, выворот-нашиворот».

К числу нарушений поведения относятся *импульсивные* действия и поступки, которые обычно совершаются внезапно, необдуманно и внешне производят впечатление обособленного, ничем не мотивированного, бессмысленного и как бы бесконтрольного со стороны сознания акта. Импульсивные действия могут быть как у психически здоровых людей — при некоторых состояниях исключительного характера, так и у психически больных. Примером импульсивного действия является самоубийство психически больного, внезапно бросившегося под проходящий поезд.

К числу волевых нарушений относятся и неправильные действия и поступки, обусловленные **влечениями.** В отличие от импульсивных действий, совершаемых без обдумывания и внезапно, поступки под влиянием влечений совершаются обычно после внутренней борьбы и подавления прочих желаний.

В основе влечений лежат инстинктивные потребности в пище, продолжении рода и т. п. У животных влечения носят неосознанный характер и обусловлены биологическими потребностями. У психически здорового человека влечения носят осознанный характер. Только в некоторых случаях в отдельные периоды жизни его влечения могут быть недостаточно осознанными. Под воздействием условий общественной жизни и духовных потребностей недостаточно осознанные влечения становятся осознанными.

Неправильно утверждение психоаналитиков о том, что руководящими и направляющими поведение человека являются неосознанные, биологически обусловленные влечения, первенствующая роль среди которых принадлежит сексуальным. По утверждению фрейдистов у человека поведение во всех его проявлениях обусловлено якобы не сознанием, а инстинктивными влечениями.

В судебнопсихиатрической практике приходится наблюдать всякого рода действия и поступки, совершаемые под влиянием инстинктивных влечений. Сюда относятся действия, связанные с сексуальными влечениями в извращенной форме: гомосексуализм, фетишизм и другие.

Гомосексуализм — половое влечение к особам своего же пола. Наблюдается оно как у мужчин (педерастия), так и у женщин (лесбийская любовь). Гомосексуализм является

результатом порочного воспитания, пресыщения половой жизнью, подражания другим лицам с таким же пороком. Гомосексуалы обычно ухаживают за объектом своей любви, ревнуют его. Удовлетворение полового влечения у них происходит противоестественным путем. Иногда вырабатываются специфические жесты, движения, внешность приобретает иной облик, они претенциозно одеваются. У некоторых лиц естественное влечение к противоположному полу сопровождается извращениями, получившими название садизма и мазохизма.

Садизм проявляется в том, что половое влечение достигает своего удовлетворения при условии, что оно сопровождается причинением физического страдания партнеру путем нанесения ран, укусов. Иногда половой акт у таких лиц заканчивается убийством или удушением партнера с расчленением трупа. Нередко истязание и убийство вызывают удовлетворение полового влечения и заменяет половой акт.

Некоторые лица с извращенным половым влечением для удовлетворения полового чувства подвергают себя истязаниям, требуют от партнера причинения ему боли, страдания. Такое половое извращение называется **мазохизмом.**

Явления садизма и мазохизма могут наблюдаться у одного и того же лица одновременно.

Разновидностью извращенных сексуальных влечений является **фетишизм,** при котором удовлетворение полового влечения связано с предметами туалета противоположного пола. Для этой цели мужчины собирают дамские туфли, чулки, трусы, ночные сорочки. Указанные предметы они добывают любыми способами.

Чаще всего предметы подбираются так, чтобы они были грязными, ношенными, обладали определенным качеством — цветом, размером.

20. К., мужчина, квалифицированный инженер, работник научно-исследовательского института, материально обеспеченный был задержан во время кражи дамского белья, висевшего на веревке во дворе.

При обыске на квартире у обвиняемого обнаружено и изъято 25 предметов дамского белья разных размеров и различных цветов, которые обвиняемый приносил домой в разное время.

Обвиняемый сообщил, что последняя кража белья — не единственная, что и раньше он воровал висевшее во дворе белье. Это он объяснял своей «психической склонностью». С юношеских лет ему нравилось прикасаться к белью. В дальнейшем вид и прикосновение к предметам дамского туалета вызывали у него половое возбуждение. Сильное возбуждение вызывали рубашки, бюстгальтеры, трусы, резинки, особенно старые, ношенные. Данные предметы он рассматривал подолгу в комиссионных магазинах, покупал, носил в портфеле, приносил домой, с наслаждением перекладывал и рассматривал, одевал рубашки, бюстгальтеры, носил эти предметы под бельем.

К сексуальным извращениям относится также наблюдаемое у некоторых лиц половое удовлетворение при разглядывании

женщин в момент мочеиспускания или испражнения, у некоторых такое же чувство вызывает питье женской мочи и т. п.

Некоторые лица обнажают свои половые органы лицам противоположного пола или малолетним, или в людных местах. Это — **эксгибиционизм.**

Проявления подобного рода, связанные с сексуальными влечениями, относятся к тем областям человеческого поведения, которые у психически здорового человека поддаются сознательному регулированию и контролю. Однако такие проявления могут наблюдаться и у психически больных, тогда они являются лишь отдельным симптомом болезни.

Некоторые психиатры к числу непреодолимых влечений относят клептоманию, пироманию, дромоманию и другие виды влечений, под влиянием которых совершаются действия в виде импульсивного акта, как бы без участия сознания.

Под **клептоманией** подразумевается кража, совершаемая бесцельно, при отсутствии материальной или иной заинтересованности, ради самого процесса похищения. Описано немало случаев клептомании, когда похищались ненужные предметы, которые затем уничтожались, раздавались или возвращались их владельцам. Некоторые лица воровали только определенные предметы, например, часы или столовые приборы и коллекционировали.

Клептомания не является самостоятельной формой психического заболевания, это лишь симптом, наблюдаемый при некоторых психозах, например, при предстарческом (см. наблюдение 44). В иных случаях под «клептоманией» скрывается кража, совершаемая по корыстным побуждениям.

Материально обеспеченная женщина систематически занималась кражами. Похищала она ценные вещи и только у своих знакомых. Будучи изобличенной в кражах, она заявила следователю, что, увидев ценную вещь, не может не украсть ее. Эти вещи она обычно продавала и вырученные от продажи деньги расходовала на себя, приобретая предметы туалета.

К числу навязчивых влечений относится также **пиромания** — влечение к поджогам, совершаемым без цели нанести ущерб, и **дромомания** — периодически возникающее влечение к перемене мест, поездкам, бродяжничеству.

Судебнопсихиатрическая оценка действий, совершаемых под влиянием влечений, зависит от того, кто эти действия совершает, — психически здоровый или психически больной человек. Влечения психически здорового человека поддаются контролю сознания и регулируются им, и за действия, совершаемые под влиянием этих влечений, психически здоровый человек несет ответственность.

В одной деревне начались систематические пожары. Не проходило ночи, чтобы не сгорел чей-либо дом, несмотря на охрану и дежурства. Пожары приобрели характер общественного бедствия и вызывали тревогу и беспокойство у жителей.

Принятыми мерами розыска было установлено, что все поджоги совершил местный житель, техник радиотрансляционного узла. Как только ему удавалось поджечь чей-либо дом, он первый же поднимал тревогу, иногда о пожаре объявлял по радиотрансляционной сети, после чего шел к месту пожара и принимал активное участие в тушении. Однажды, когда обвиняемый дежурил сам, он поджег дом. На допросе он заявил, что поджигал дома потому, что его «тянуло к этому». «Я сознавал, — говорил он, — что поступаю плохо, что совершаю преступление, но не мог побороть влечения к поджогу. Обычно у меня появлялось плохое настроение, и оно оставалось таким до тех пор, пока я не совершал поджог. Мне хотелось чем-либо развлечься. В этих случаях казалось, что я совершаю подвиг. Мысли о поджоге преследовали меня и раньше, но я себя перебарывал».

Последние годы обвиняемый часто и в большом количестве употреблял алкогольные напитки.

Его влечение к поджогам хотя и носило навязчивый, но все же преодолеваемый характер. Поэтому эксперты признали его психически здоровым, дали заключение о его вменяемости.

Глава 21

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Психические заболевания проявляются обычно как в отдельных симптомах, так и в постоянных и типичных сочетаниях. Комплекс связанных между собой нескольких симптомов носит название *симптомокомплекса* или *синдрома*.

Синдром не является диагнозом заболевания. Он может быть присущ нескольким болезням. Такие симптомы, как угнетенное настроение, замедление мышления, заторможенность моторики составляют депрессивный синдром, который наблюдается при маниакальнодепрессивном психозе (в виде его депрессивной фазы), предстарческом психозе, реактивном состоянии в форме реактивной депрессии.

При каждом из перечисленных заболеваний, кроме синдрома депрессии, могут наблюдаться и другие. Сочетание нескольких синдромов составляет *клиническую картину* заболевания.

Разное сочетание синдромов приводит к тому, что при одном и том же характере заболевания у разных людей картина болезни может варьировать в той или иной степени.

Чтобы установить диагноз психического заболевания, необходимо знать не только симптомы, но и синдромы болезней.

Следует иметь в виду, что одни синдромы встречаются часто и являются типичными для определенного заболевания, другие, наоборот, наблюдаются редко.

Сложность синдромов также бывает разной. Сложными по структуре являются **синдромы расстроенного сознания.**

Сознание — это целостный процесс отражения действительности, включающий все формы психической деятельности: ощущения, восприятие, представления, мышление, внимание, чувства, волю. Сознание организует и направляет перечисленные виды психической деятельности. Таким образом, *сознание человека* — высшая форма мозговой деятельности, отражающая действительность и целенаправленно регулирующая взаимоотношение личности с окружающим миром. Человек в ясном сознании правильно воспринимает окружающее, ориентируется во времени, пространстве.

Когда деятельность сознания прекращается, как это имеет место, например, при глубоком сне, наркозе, обмороке, исчезают, ослабевают или изменяются и прочие психические процессы.

Так, при патологическом просоночном состоянии, когда сознание остается еще неясным, при освобождении от сонного торможения двигательной сферы, в некоторых случаях могут совершаться бессмысленные и опасные действия.

Многие болезненные состояния психики сопровождаются расстройством сознания, проявляющимся в различных формах. Так, в состоянии помраченного сознания, например, больной неотчетливо, отрывочно, бессвязно воспринимает окружающее или вовсе не воспринимает его, он не ориентируется во времени, месте, ситуации, мышление становится бессвязным, суждения не возможны. Воспоминания о периоде помрачения сознания или отсутствуют, или сохраняются в виде отрывочных эпизодов.

Синдром помраченного сознания обычно носит временный характер. Различают несколько вариантов помраченного сознания.

Оглушенность сознания сопровождается обеднением психики. В этом состоянии восприятие внешних впечатлений и их переработка затруднены, ориентировка большей частью отсутствует, задаваемые вопросы больной понимает с трудом, отвечает на них неполно и непоследовательно, он находится в состоянии растерянности, безучастности, движения бедны и замедленны, выражение лица безразличное. Воспоминания обычно не сохраняются.

Делириозное состояние сознания характеризуется обилием ярких, образно-наглядных зрительных галлюцинаций в виде беспрерывно меняющихся сцен. В таком состоянии больным кажутся толпы причудливых людей, ползающие насекомые, беспрерывно меняющиеся ландшафты, пляшущие деревья и т. п. В окружающем и во времени больные ориентируются неправильно, иногда высказывают отрывочный бред, испытывают страхи, в связи с чем наблюдается напряженное выражение лица, больные беспокойны, пытаются бежать. Иногда делирий прерывается периодом ясного сознания, но затем возобновляется с прежней интенсивностью. Вечером и ночью делириозное помрачение сознания, как правило, усиливается.

В состоянии делириозного расстройства сознания больные нередко выполняют привычные для них профессиональные действия: сапожник как бы чинит обувь, забивает воображаемым молотком гвозди, продавец цветов как бы собирает букет, завязывает и упаковывает его, получает деньги, дает сдачу и т. п. Делириозный синдром длится от нескольких часов до нескольких дней.

Аментивный синдром выражается в расстройстве осмысления, произношении бессмысленного набора слов, состоянии растерянности, дезориентировке, иногда однообразном возбуждении в пределах постели, метании из стороны в сторону. Иногда в подобных состояниях наблюдаются немногочисленные и отрывочные галлюцинации и бессвязный бред. Воспоминания о названном периоде не сохраняются. Аментивное состояние в отдельных случаях переходит в делирий и наоборот.

Синдром **сумеречного состояния** сознания характеризуется глубокой дезориентировкой в окружающем, которое воспринимается неотчетливо, неясно, как в тумане или в сумерках. При этом расстройстве сознания восприятие окружающего частично сохраняется. Подобные состояния могут сопровождаться яркими зрительными галлюцинациями устрашающего характера, образным бредом, чаще всего бредом преследования и бурными аффектами страха, злобы, гнева. Под влиянием таких болезненных переживаний больные нередко нападают на окружающих, совершают опасные действия. Иногда такого рода действия совершаются в результате сильного психомоторного возбуждения, возникающего в сумеречном состоянии сознания, как это бывает, например, у лиц, страдающих эпилепсией. В иных случаях сумеречные состояния могут протекать без галлюцинаций, бреда, выражаются в бесцельных блужданиях и совершении всякого рода сложных действий; поведение же может казаться вполне упорядоченным и целесообразным. Сумеречные состояния обычно возникают внезапно, бывают, как правило, непродолжительными (обычно от нескольких минут до нескольких часов, редко значительно больше) и сразу кончаются, переходят иногда в глубокий сон.

К этой группе расстройств сознания относится лунатизм, известный также под названием сомнамбулизма и снохождения.

Подверженные лунатизму лица (чаще всего дети и юноши) поднимаются во время сна с постели и, не просыпаясь, с отсутствующим взором, автоматически в течение некоторого времени блуждают по комнате, взбираются на крышу, попадая иногда в опасное положение, затем возвращаются в постель и продолжают спать.

При пробуждении воспоминания о происшедшем отсутствуют. Хотя это состояние и носит название лунатизма, но в его развитии, по мнению В. П. Осипова, луна не имеет никакого таинственного значения, кроме того, что освещение спящего человека луной способствует неполному пробуждению.

Наиболее типичным синдромом является **галлюцинаторно-параноидный** или галлюцинаторно-бредовой **синдром**. Он проявляется в наличии бреда и галлюцинаций, переплетающихся и связанных между собой. Так, больной с галлюцинаторно-параноидным синдромом, слышит голоса, которые говорят о нем как о «хорошем правительственном человеке»; находясь в палате, он простукивает стены, заглядывает под простыню кушетки, прислушивается, кому-то отвечает, временами отказывается от пищи, считая ее отравленной; держится высокомерно. Слуховые галлюцинации у больного переплетаются с бредом величия, преследования и отравления.

Больные с галлюцинаторно-параноидным синдромом ведут себя большей частью настороженно, скрывают болезненные переживания, больными себя не считают, иногда у них возникает состояние возбуждения, они могут совершить особо опасное действие по отношению к окружающим.

Сочетание псевдогаллюцинаций с бредовыми идеями и чувством утраты собственной психической активности, ощущением воздействия сил извне образует **синдром Кандинского**. Больной с таким синдромом жалуется на то, что его мозгами «думают», «управляют» другие, что стоит о чем-либо подумать, как кто-то начинает шевелить его языком и губами, что в голову ему вкладывают чужие мысли.

Разнообразным является синдром **навязчивых состояний.** Последний проявляется в том, что у некоторых лиц появляются мысли и действия, носящие ненужный и насильственный характер. Известно, что бредовые явления также носят насильственный и непроизвольный характер. Однако у больного полностью сохраняется критическое отношение к навязчивым проявлениям, в то время как содержание бреда больной рассматривает как действительность.

И. П. Павлов навязчивые явления объяснял возникновением в мозгу очага застойного возбуждения или застойного торможения. В этом смысле между бредом и навязчивыми явлениями имеется некоторое сходство. Разница заключается в том, что при бреде застойный очаг изолирован от всей деятельности коры мозга, в то время как при навязчивом состоянии очаг возбуждения не столь значительно изолирован. Поэтому при бреде критика отсутствует и сохраняется при навязчивом состоянии. Навязчивые явления могут касаться разных областей психической деятельности и поведения.

Навязчивые мысли или *навязчивые идеи* — это такие мысли и идеи, от которых человек не может произвольно избавиться, хотя он и хочет этого и понимает ненужность и нелепость их.

Навязчивые сомнения выражаются в постоянной, не покидающей человека неуверенности в том, что он какое-либо действие или поступок совершает правильно, не делает ли при этом ошибки. Лица с навязчивыми сомнениями не уверены, хорошо ли они закрыли газовый кран или дверь от квартиры, уйдя из дома, возвращаются и проверяют себя.

Навязчивые страхи проявляются в виде боязни ножей, вилок, бритв, высоты. Иногда они сопровождаются непреодолимым влечением броситься вниз с балкона или с высокой площадки, страхом заразиться болезнью, боязнью открытых пространств, закрытых помещений и т. п.

Больной, оказавшись один на середине площади, испытывает состояние безотчетного ужаса, но страх проходит как только кто-либо возьмет его за руку и будет сопровождать. В страхе заразиться такой человек постоянно моет руки иногда до появления изъязвлений на коже.

Навязчивый счет проявляется в подсчете всего, что можно считать, например, этажей домов, плит на тротуаре, пуговиц на одежде проходящих.

Навязчивые мысли нередко сопровождаются навязчивыми однообразными насильственными действиями, носящими характер ритуала. Такие лица делают нелепые жесты, движения, по нескольку раз произносят одну и ту же фразу.

Страдающая навязчивыми идеями женщина 25 лет с некоторых пор стала бояться перочинных ножей, бритв, лопат, стекла. Она боялась грязи, мутной воды, ржавчины и перестала умываться.

Потом стала собирать камешки, кусочки сухой глины и складывала их на дороге в определенное место.

При чтении в каждом слове подсчитывала определенную букву.

Навязчивые состояния наблюдаются у психопатов и невротиков, а также у психически здоровых лиц при утомлении.

Навязчивые состояния наблюдаются и у психически больных в комбинации с бредом и галлюцинациями. Больной, страдающий шизофренией, обычно совершал ряд нелепых и бессмысленных действий. Утром, например, уходя из дома, он по нескольку раз возвращался с тем, чтобы два раза хлопнуть калиткой. В период производства экспертизы ежедневно несколько раз подряд снимал и тут же надевал рубаху.

Существует ряд других синдромов, в сложной структуре которых преобладает один из симптомов. Обычно по названию симптома называется и весь синдром. Для примера можно указать на синдром, проявляющийся в манерности, негативизме, мутизме, импульсивности, который называют кататоническим синдромом, поскольку в нем преобладают кататонические симптомы.

Глава 22

МЕТОДИКА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОДЭКСПЕРТНОГО

Психиатрическое обследование лиц, подвергающихся судебнопсихиатрической экспертизе, проводится по тому же принципу и теми же методами и приемами, которые применяются при обследовании психически больных в обычной психиатрической практике. Однако некоторые методы исследования в судебнопсихиатрической клинике имеют свои особенности.

Чтобы выяснить, является ли подэкспертный психически здоровым или психически больным, какие психопатологические особенности он обнаруживает и какую степень общественной опасности представляет, эксперт должен располагать обстоятельными сведениями о прошлой жизни подэкспертного, иметь данные, характеризующие психическое состояние подэкспертного в период совершения определенного деяния (если речь идет об обвиняемом) и в период проведения обследования в стадии экспертизы.

Сведения о прошлой жизни подэкспертного, как уже указывалось (см. гл. 3), должны быть собраны следственными органами и приобщены к делу. Но они не всегда бывают полными и нередко нуждаются в уточнении и дополнении. Поэтому эксперту-психиатру приходится самому расспрашивать подэкспертного о его жизни и здоровье, а также родных и близких. Полученные данные систематизируются и излагаются в истории болезни в определенной последовательности. Совокупность сведений; собранных путем расспроса подэкспертного и знающих его лиц, называется **анамнезом**.

Анамнез должен содержать сведения о здоровье не только подэкспертного, но родных и близких родственников его. Следует выяснить, не страдали ли кто-нибудь из них психическими и нервными заболеваниями, припадками, не было ли лиц со странностями в характере, алкоголиков, самоубийц.

Важным составным элементом для суждения эксперта и его выводов являются также данные, характеризующие психическое состояние подэкспертного в период проведения экспертизы.

Основным приемом, которым пользуется эксперт-психиатр для установления психического состояния подэкспертного, яв-

ляется беседа с ним и объективное наблюдение за поведением как во время беседы, так и в другое время.

При стационарной экспертизе наблюдение проводится не только врачами, но и медицинскими сестрами и санитарами.

Для определения психического состояния подэкспертного сначала выясняют, считает ли он себя больным и на что жалуется, что его беспокоит. В результате беседы с подэкспертным и наблюдения за ним у эксперта складывается достаточно ясное представление о состоянии сознания подэкспертного, ориентировке его в месте, времени и окружающем, эмоциональном состоянии, настроении. Кроме того, необходимо выяснить, нарушено ли восприятие, наблюдаются ли галлюцинации и каково их содержание, как относится к ним подэкспертный, есть ли расстройства мышления, бред, каков его характер и стойкость, как влияет бред на поведение подэкспертного, имеются ли расстройства памяти, внимания, произвольной деятельности. Наличие у испытуемого галлюцинаций, измененного сознания, расстройств мышления и других болезненных проявлений, как известно, является объективным доказательством психического заболевания.

Большинство этих данных врачу удается получить как в процессе беседы с подэкспертным, так и путем специально поставленных вопросов.

Например, грубые расстройства памяти могут выявиться при рассказе испытуемого о прошлой жизни, при воспоминании за время беседы важных дат, событий, отдельных фактов.

Расспрашивать нужно умело, иначе необходимые сведения можно и не получить.

Для суждения о психическом состоянии и болезненных проявлениях ценными являются письма, записки, дневники испытуемого, которые помогают иногда выявить нарушения мышления, наличие бредовых идей, уровень умственных способностей.

Для более тонкого изучения особенностей мышления, процессов восприятия, состояния памяти и внимания применяются различные методы экспериментально-психологического исследования. При такого рода исследованиях подэкспертному, например, показывают картинку с изображением какой-либо жанровой сцены и после небольшой экспозиции предлагают рассказать, что изображено на ней. В данном случае может быть выявлено состояние памяти, восприятия и некоторых других сторон психики.

Для исследования процессов мышления, например, предлагают составить фразу из трех слов или для проверки устойчивости внимания — отсчитать от 100 последовательно по 7 или по 13. Результаты экспериментально-психологического

исследования помогают лучше и глубже уяснить состояние психики подэкспертного.

Важным в процессе экспертизы является неврологическое обследование подэкспертного. Некоторые психические заболевания сопровождаются органическими изменениями в мозгу. При некоторых заболеваниях такие изменения можно обнаружить задолго до появления расстройства психики.

Изменения в мозгу могут проявиться в расстройстве произвольных и непроизвольных движений конечностей, головы, туловища, в появлении параличей, судорог, расстройств походки, в нарушении координации движений. Кроме того, могут иметь место расстройства или утрата чувствительности тела (анестезия), изменение сухожильных рефлексов, мышечной силы, нарушения нормальной деятельности вегетативной нервной системы в виде повышенной потливости, повышенного выделения сальных желез кожи, приливов крови к лицу и т. п.

Для выявления такого рода нарушений существуют специальные врачебные методы исследования и специальные приемы. Для исследования сухожильных рефлексов нижних конечностей применяется постукивание по сухожилиям коленных чашечек, по ахилловым сухожилиям, при исследовании брюшных рефлексов раздражают кожу живота путем проведения тупым предметом линии. При грубых поражениях мозга рефлексы изменяются — неравномерны, ослаблены или и вовсе исчезают, а иногда появляются патологические рефлексы, отсутствующие у здорового человека.

Особого значения заслуживает исследование глаз: зрачков, глазного дна, движений глазных яблок. Нервы, с которыми связаны функции глаз, очень чувствительны к мозговым заболеваниям. Наибольшее значение имеют следующие глазные симптомы: неравенство зрачков (анизокория — зрачок одного глаза больше другого), увеличение или уменьшение обоих зрачков, отсутствие или резкое ослабление реакции их на свет, сужение зрачков и вращение глазных яблок внутрь при взгляде на близкий предмет (конвергенция), сужение зрачков и приспособление глазных яблок при зрении на близкое и далекое расстояние (аккомодация).

Следует установить, не изменено ли глазное дно. При этом врача больше всего интересует, не изменен ли зрительный нерв, видимый через лупу при просвечивании глаза пучком света. Глазное дно — единственное место, где можно наблюдать черепно-мозговой нерв без нарушения целости тела. Зрительный нерв, окончания которого расположены на дне глаза, чувствителен ко всякого рода изменениям не только в самом глазу, но и в черепной коробке. Застойный сосок зрительного нерва ука-

зывает на повышение внутричерепного давления, которое наиболее часто возникает при опухолях, травме и других изменениях мозга.

При оценке психического состояния имеют значение также расстройства речи, которые могут проявляться в форме утраты речи (афазия), возникающей при повреждении коры головного мозга, расстройств произношения звуков (дизартрия), возникающих по тем же причинам и особенно заметно выступающих при произношении таких фраз, как «триста тридцать третья артиллерийская бригада», «шит колпак, да не по-колпаковски».

Для диагностики иногда представляют ценность изменения мимики, положения тела, движений. Известно, что состояние депрессии обычно сопровождается замедленными, заторможенными движениями, скорбной мимикой лица. При других заболеваниях может наблюдаться вынужденное и неестественное положение тела, которое больной сохраняет длительное время (например, при кататонии). При некоторых психических заболеваниях наблюдается неестественное выражение лица, не соответствующее переживаниям больного (парамимия).

В иных случаях возникает необходимость в просвечивании черепа рентгеновскими лучами, особенно если возникает подозрение в наличии деформации костей черепа, опухоли мозга, инородных тел (осколков снаряда) в мозгу, грубых нарушений мозгового вещества в результате травмы и т. п.

Следует иметь в виду, что не все психические заболевания сопровождаются столь грубыми изменениями нервной системы. При отдельных и даже довольно распространенных заболеваниях еще до сих пор не удается обнаружить сколько-нибудь заметные изменения в мозгу.

Для полноты психиатрического обследования, определения психического состояния и диагноза расстройства необходимо иметь представление о физическом состоянии подэкспертного, состоянии его внутренних органов: сердца, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, мочеполовой сферы, функций желез внутренней секреции, нарушениях обмена веществ, температуре тела, изменениях веса тела.

Специальными исследованиями установлена зависимость регуляции сердечно-сосудистой и дыхательной системы от мозга. Общепринято, что изучение психозов и выяснение природы заболевания в целом не может быть достигнуто без учета изменений внутренних органов и вообще соматики.

Соматические заболевания нередко лежат в основе психических нарушений. Так, атеросклеротические изменения кровеносных сосудов нередко приводят к глубоким нарушениям

психики. Заболевание может возникнуть в результате малярии, раковой опухоли и при аналогичных заболеваниях. Известно, например, состояние тоски у лиц, страдающих заболеванием сердца («предсердечная тоска»). Физическое истощение в иных случаях также способствует возникновению психического расстройства. Однако психическое заболевание не всегда сопровождается изменениями в соматической сфере.

Ценные диагностические признаки представляют результаты специальных биохимических исследований крови, спинномозговой жидкости, мокроты, желудочного сока. Важным признаком для диагностики психических заболеваний, возникающих в результате перенесенного в прошлом сифилиса, является реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости, обозначаемая по степени ее выраженности от одного до четырех крестов (++++), и другие реакции (реакции Ланге, Панди и Нонне-Апельта) на определение количества белка, глобулинов, форменных элементов в этих жидкостях.

Одним из важных методов изучения деятельности мозга и диагностики мозговых заболеваний является регистрация биотоков нервной системы с помощью чувствительных приборов. Метод исследования биотоков мозга с помощью специальной аппаратуры получил название электроэнцефалографии. Он позволяет судить о локализации и характере болезненного очага в мозгу при травмах мозга, опухолях, рубцах. Изменения эти удается установить даже в тот период, когда клинические симптомы заболевания еще слабо выражены.

Важным вспомогательным методом для характеристики личности, а в иных случаях и для диагностики психического расстройства, является исследование подэкспертного в патофизиологической лаборатории. Методика последней построена на изучении особенностей безусловных рефлексов, скорости образования условных, их стойкости, быстроты угасания, процессов дифференцировки.

Специальные методики исследования и полученные результаты позволяют судить о характере нарушений высшей нервной деятельности при разных психических заболеваниях.

Все данные обследования подэкспертного заносятся в историю болезни.

Глава 23

ПРИЧИНЫ, ТЕЧЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Психическое заболевание может возникнуть под влиянием причин, которые условно делят на предрасполагающие и производящие. У человека, физически истощенного инфекционным заболеванием или уставшего от бессонных ночей и перенапряжений, физическая или психическая травма может вызвать психическое расстройство. Физическое истощение и перенапряжение в данном случае являются предрасполагающей причиной, травма — вызывающей или производящей.

Психическое заболевание может возникнуть и под воздействием какого-либо фактора, например, отравления ядом при отсутствии предрасположения. Между предрасполагающими и вызывающими причинами существуют сложные взаимоотношения и их не всегда удается отграничить друг от друга.

Психические заболевания возникают в одних случаях от непосредственного воздействия болезнетворного фактора на мозг с последующим вовлечением в болезненный процесс всего организма, в других — психическая деятельность расстраивается в результате общего заболевания организма или отдельных его органов. Поэтому считается, что психическая болезнь является болезнью всего организма с преимущественным поражением головного мозга.

Непосредственные причины, под влиянием которых возникают психические заболевания, многообразны. Наиболее частыми из них являются **инфекции.**

Психическое заболевание может возникнуть в результате воздействия на мозг какой-либо острой инфекцией, такой, как малярия, тиф, грипп, послеродовые инфекции. В этих случаях психические нарушения проявляются чаще всего до тех пор, пока имеются острые явления инфекции и высокая температура. Как только болезненные явления инфекции проходят, исчезают и явления психоза. Однако у отдельных больных психические нарушения, наблюдаемые в остром периоде, остаются и тогда, когда острые признаки инфекционного заболевания уже прошли.

У некоторых больных психическое заболевание возникает в период, когда инфекционная болезнь приняла хронический

характер. Такое, например, инфекционное заболевание, как сифилис, спустя много лет после острого периода может вызвать тяжелое психическое заболевание в форме прогрессивного паралича.

Есть инфекции, которые избирательно поражают мозг, вызывая этим тяжелые психические нарушения (инфекционные менингиты, инфекционные энцефалиты).

Особенно неблагоприятное влияние оказывают инфекции на детский мозг, вызывая задержки психического развития.

К числу причин, вызывающих психические заболевания, относятся **интоксикации**, т. е. отравления различными ядами и наркотиками: морфием, опием, гашишем и особенно алкоголем. Последний не только вызывает психические заболевания, но, ослабляя сопротивляемость нервной системы, способствует возникновению других психических расстройств.

Психические заболевания появляются также в результате острого или хронического отравления промышленными ядами — бензином, ртутью, свинцом, мышьяком и др. В нашей стране благодаря широким профилактическим мероприятиям и охране труда указанный вид интоксикаций встречается редко и существенного значения в судебнопсихиатрической практике не имеет.

Как уже указывалось, причиной психического заболевания иногда является **травма** головы, полученная в быту, на производстве или в военных условиях.

Тяжелые и разнообразные психические нарушения могут быть вызваны травмами, нанесенными плоду в утробе матери, во время родов и в раннем детском возрасте.

Психические нарушения нередко возникают в результате **соматических** заболеваний — заболеваний внутренних органов (сердца, легких, печени), болезненных изменений кровеносных сосудов, особенно артерий мозга, расстройств нормальной деятельности желез внутренней секреции (половых желез, щитовидной железы и др.). Установлено, например, что кретинизм, выражающийся в задержке роста, одутловатости лица, недоразвитии половых органов, отсталости интеллекта вплоть до идиотии, связан с нарушением деятельности щитовидной железы.

При **авитаминозе**, особенно при отсутствии в пище определенных витаминов, также может быть нарушена деятельность нервных клеток коры больших полушарий головного мозга и других отделов нервной системы, в результате чего наступают нервные и психические расстройства, в частности, пеллагра, бери-бери и др.

Возникновение некоторых психических заболеваний ставят в зависимость от самоотравления (аутоинтоксикации) организма продуктами белкового распада в силу нарушения

процессов обмена. Продукты распада не выводятся из организма, а накапливаются в нем и вредно воздействуют на мозг.

Причинами психических заболеваний до недавнего времени считали всякого рода отклонения в половой жизни, такие, как онанизм, половые излишества, ранняя половая жизнь или воздержание. В возникновении психических болезней эти отклонения в половой сфере не имеют того значения, какое им придавалось раньше. Однако нужно считаться с тем, что половые излишества могут обусловить физическое утомление, невротическое состояние и расшатанность нервной системы, близко стоящие к переутомлению. Взгляды же на эти излишества, как на причину психических заболеваний, следует считать ошибочными. Воздержание в половой жизни не влечет за собой сколько-нибудь заметных нарушений, особенно при гигиенических условиях жизни, физическом труде и гимнастике.

Всякого рода сексуальные извращения, аномалии и излишества наблюдаются иногда при некоторых болезнях мозга (в частности, при эпидемическом энцефалите). В данном случае сексуальные извращения являются следствием болезни, а не ее причиной.

Беременность и роды в исключительных и крайне редких случаях обусловливают возникновение психического заболевания временного или длительного характера. Иногда в таком болезненном состоянии может быть совершено тяжелое правонарушение, например детоубийство. У некоторых женщин период менструаций сопровождается кратковременным приступом психического расстройства в форме возбуждения со спутанностью сознания, состоянием тоски, страха, депрессии.

Отдельные психические заболевания возникают под влиянием **психогенных** причин как реакция на испуг, разочарование, тяжелое горе, в результате переживаний и потрясений, связанных с потерей близких, со страхом перед предстоящим наказанием или общественным осуждением. Такие психические расстройства возникают в виде самостоятельных болезненных проявлений, но могут способствовать возникновению иного психического заболевания. В этих случаях психическое переживание как бы провоцирует возникновение психической болезни.

В возникновении указанных психических расстройств существенное значение имеют длительность и сила травмирующих факторов. Землетрясение, транспортная катастрофа и другие подобные события и происшествия относятся к числу внезапно возникающих и значительных по силе воздействий, могущих вызвать психическое расстройство. Последнее в иных случаях является следствием длительно воздействующих причин:

изоляции от общества, вынужденного пребывания среди людей, говорящих на ином языке и т. п.

К причинам, под влиянием которых возникают иногда психические расстройства, следует отнести внушение со стороны других психически больных, так называемую психическую заразу (психическая индукция). Бред религиозного содержания психически больного может появиться у фанатически религиозного человека в виде подражания. Обычно индуцированный психоз возникает у интеллектуально ограниченных, невежественных и внушаемых лиц, в умственном развитии стоящих ниже психически больного, одержимого бредом или проявляющего галлюцинации.

В возникновении некоторых психических заболеваний имеет значение неблагоприятная **наследственность.** Следует иметь в виду, что по наследству передается не само психическое заболевание, а предрасположение к нему, которое и проявляется при неблагоприятных внешних условиях.

Неправильно утверждать, что психическое заболевание, как и отдельные психические качества и склонности, в том числе и наклонности к совершению преступлений, якобы передаются по наследству. Эти выводы делались на основе антинаучных теорий Вейсмана, Моргана, Менделя о вечной передаче из поколения в поколение особого вещества, определяющего все свойства организма. Возможность передачи по наследству приобретенных признаков по данной теории также отрицается, что находится в явном противоречии с эволюционным учением Дарвина об изменчивости видов.

Как показали исследования К. А. Тимирязева, И. В. Мичурина и многих их последователей и учеников, внешняя среда может изменить коренным образом наследственность, а приобретенные в процессе индивидуальной жизни отдельные качества и свойства при благоприятствующих условиях внешней среды могут стать наследственными и передаваться потомству.

Психическое заболевание возникает в результате многих иных причин. Однако есть и такие психические заболевания, причины возникновения которых пока еще до конца не выяснены и можно лишь предполагать, что они возникли в результате унаследованной или приобретенной слабости различных систем головного мозга.

Начало психического заболевания, дальнейшее течение, продолжительность и исход его разнообразны. Одни заболевания начинаются незаметно, признаки болезни нарастают постепенно, длительное время, в течение месяцев и более. В указанных случаях иногда невозможно установить, когда началась болезнь. Нередко болезнь начинается сразу неожиданно, в течение не-

дели или нескольких дней и даже меньше. Это так называемое острое начало болезни.

Еще более разнообразным бывает дальнейшее течение психических заболеваний. Остро начавшееся заболевание может также остро оборваться. Это характерно для кратковременных психических расстройств. В ряде случаев болезнь, начавшаяся остро, протекает бурно и только в дальнейшем становится хронической. У некоторых больных после острого начала болезни наступает медленный спад болезненных проявлений.

Болезнь с незаметным началом в дальнейшем может протекать вяло, медленно и долго, приобретая хронический характер.

При некоторых длительно текущих болезненных состояниях, под влиянием лечения или самопроизвольно наступают светлые промежутки, представляющие собой состояния полного здоровья, называемые ремиссией. Болезнь может носить приступообразный, часто повторяющийся характер, и такое заболевание по существу также является хроническим. Иногда болезненные проявления наступают с более или менее определенной последовательностью. Это циклическое течение болезни, свойственное периодическим или циркулярным психозам.

В оценке психической болезни важен ее исход. Психическая болезнь может закончиться выздоровлением, улучшением, неизлечимым хроническим состоянием с психическим дефектом и, наконец, смертью. Смерть при психических заболеваниях наступает главным образом от всякого рода осложнений. Возбужденный больной может умереть от истощения, под влиянием бреда он может нанести тяжелые самоповреждения, покончить жизнь самоубийством и т. п.

Для судебнопсихиатрической практики важно установить, что следует понимать под хроническим психическим заболеванием. С. С. Корсаков писал: «...термином «хроническая форма» обозначаются обыкновенно такие болезни, которые почти не дают надежды на излечение и которые поэтому тянутся очень долго»[1]. Этого же взгляда придерживался и В. П. Сербский, который считал, что «длительность и большая или меньшая острота течения (бурность процесса) играют известную роль при нашем делении психозов на острые и хронические, но эта роль второстепенная; главною же основою деления служат наши соображения относительно дальнейшего хода болезни, та совокупность симптомов, которая позволяет сделать предположение об ее излечимости или неизлечимости»[2].

---

[1] С. С. Корсаков, Курс психиатрии, М., 1901, т. 1, стр. 343—344.
[2] В. П. Сербский, Психиатрия, М., 1912, стр. 199.

Следует отметить, что с успехами терапии психических заболеваний представление о неизлечимых заболеваниях за последнее время значительно изменилось. Ярким примером служит прогрессивный паралич, при котором малярийная терапия приостанавливает дальнейшее течение болезненного процесса и создает условия даже для частичного восстановления имевшегося дефекта личности, в то время как до применения малярийной терапии у этих больных болезненный процесс обычно прогрессировал до полного распада психики.

В основу современной классификации психических заболеваний положен этиологический принцип, по которому учитываются в первую очередь причины, вызывающие заболевание. Естественно, что при этом учитываются и клинические проявления, патологическая физиология, патологическая анатомия, течение и прогноз каждого заболевания.

Современная классификация основана на данном принципе, и все психические заболевания делятся на следующие группы:[1]

I. Психозы при острых и хронических инфекциях.

Сюда относятся психозы при крупозной пневмонии, тифах, бешенстве, гриппе, ревматизме, малярии, при сифилитической инфекции, эпидемическом энцефалите и при других инфекциях.

II. Психозы при отравлениях (интоксикационные психозы).

Названная группа объединяет психические нарушения при острых и хронических отравлениях алкоголем, морфием, героином, опием, кокаином, гашишем, лекарственными ядами, при пищевых отравлениях, отравлениях промышленными и бытовыми ядами — тетраэтилсвинцом, антифризом, угарным газом.

III. Травматические психозы и иные психические нарушения, возникающие после травмы головного мозга.

Это — психические нарушения острого периода, остаточные явления после травмы и поздний травматический психоз.

IV. Психозы, возникающие на основе унаследованной или приобретенной слабости различных систем головного мозга.

Сюда относятся: шизофрения, парафрения, паранойя, маниакально-депрессивный психоз и другие заболевания с периодическим течением, а также эпилепсия.

V. Психопатии.

VI. Психогенные заболевания — (неврозы и реактивные психозы).

---

[1] Приведенная классификация изложена И. Ф. Случевским в кн. «Психиатрия», Медгиз, Л., 1957, стр. 127—128. Такого же деления придерживается В. А. Гиляровский, Психиатрия, М., 1954, стр. 158—161; О. В. Кербиков, Н. И. Озерецкий, Е. А. Попов, А. В. Снежневский, Учебник психиатрии, М., 1958, стр. 101—103.

VII. Психозы, возникающие на почве соматических заболеваний (соматогенные психозы).

Данную группу составляют психозы, возникающие при поражении отдельных органов тела (сердца, легких, желудка, почек и др.), психозы истощения (послеинфекционная астения, пеллагрозный психоз, психоз при алиментарной дистрофии) и психозы при эндокринопатиях.

VIII. Психозы, возникающие на почве сосудистых поражений головного мозга, а именно: атеросклеротический психоз, гипертонический психоз, психоз при тромбангиите головного мозга.

IX. Психозы позднего возраста.

Инволюционный психоз и старческие психозы.

X. Психозы при опухолях и других очаговых поражениях головного мозга.

XI. Олигофрения.

В судебнопсихиатрической экспертной практике одни психические заболевания наблюдаются относительно часто, другие — реже, а иные и вовсе не встречаются. Поэтому при дальнейшем изложении будут описаны только те заболевания, которые чаще всего встречаются в экспертной практике.

К ним относятся:

шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, травмы головного мозга, энцефалиты, сифилитические психозы (прогрессивный паралич и сифилис мозга), психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга, предстарческий психоз и старческое слабоумие, психические расстройства при соматических и острых инфекционных заболеваниях, наркомании — алкоголизм (алкогольное опьянение обычное, патологическое опьянение, хронический алкоголизм и алкогольные психозы), морфинизм и другие наркомании, врожденное слабоумие (олигофрения), психопатии, реактивные состояния.



СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Глава 24

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения — наиболее распространенное психическое заболевание. В психиатрических больницах лица, страдающие шизофренией, по приблизительным подсчетам составляют около половины всех больных. И среди невменяемых, совершивших общественно опасное деяние, на первом месте по количеству стоят больные шизофренией.

Причины рассматриваемого заболевания до конца еще не выяснены.

Шизофрения относится к числу заболеваний, которые развиваются под влиянием вредных воздействий у лиц с пониженной сопротивляемостью нервной системы врожденного или приобретенного характера. Многочисленными исследованиями установлено, что некоторую роль в возникновении шизофрении играет самоотравление организма продуктами обмена веществ.

Заболевают шизофренией люди преимущественно молодого возраста, примерно от 20 до 25 лет. Болезнь имеет тенденцию к длительному течению. Симптомы шизофрении разнообразны. При этом заболевании могут наблюдаться почти все симптомы, которые бывают при прочих психических болезнях вообще.

Основной особенностью шизофрении является нарушение единства и целостности психики, откуда и возникло название ее [1]. Для таких больных характерно то, что психические функции не утрачиваются, а расстраиваются. Больные, страдающие шизофренией, большей частью не обнаруживают нарушений памяти, правильно ориентируются во времени, месте и в собственной

---

[1] Шизофрения — расщепление психики от греческих слов: схидзо — раскалываю, расщепляю и френ — ум.

личности, в реальном плане воспринимают окружающее. Но наряду с этим они ту же ситуацию могут толковать по-иному, в отрыве от действительности. Больной говорит, что ему 28 лет и тут же заявляет, что он жил во вселенной еще до образования земли. Подобная двойная ориентировка присуща многим больным, страдающим шизофренией.

Для шизофрении характерно и нарушение эмоциональной сферы. Оно выражается в постепенном притуплении чувств, угасании привязанности к родным и близким, в снижении интереса к любимым занятиям. Такие лица становятся вялыми, безразличными, у них наступает оскудение эмоций. Они не могут ни сердиться, ни радоваться, ни любить, ни ненавидеть.

С холодным и безразличным чувством больные могут совершать жестокие деяния: мать систематически истязает своего ребенка, не испытывая при этом никаких волнений, сын спокойно убивает из ружья спящего отца.

У некоторых больных эмоциональные проявления могут быть неадекватны ни ситуации, ни представлениям, ни мыслям их. О печальных событиях они говорят со смехом, при радостных событиях плачут, по незначительному поводу дают бурную реакцию и, наоборот, значительное событие воспринимают безразлично.

К числу основных нарушений при шизофрении относятся также разнообразные расстройства мышления. Иногда они выражаются в склонности к бесплодному мудрствованию и резонерству. Больной, не имея достаточных знаний и опыта, пишет «философские трактаты» и «труды» по сложнейшим вопросам, излагая свои мысли путано, бессистемно и непонятно.

Присущая психически здоровому человеку логическая последовательность мышления у страдающего шизофренией в большинстве случаев расстраивается, и ассоциативные процессы нарушаются. В результате подобных нарушений больной говорит как будто бы последовательно, но его слова не имеют между собой смысловой связи. Так, больной говорит, что за ним «охотятся законы правосудия мудрецов, чтобы растащить по всему свету барашков с прямыми носами». Другой больной на предложение пояснить, что значит выражение «у этого человека каменное сердце», говорит так: «Есть среди времен ростового значения сердечная слойность, а это видимость человеческого роста». Приведенные фразы по содержанию недоступны для понимания. Бессмысленный набор не связанных между собой слов носит название «р а з о р в а н н о с т и р е ч и», характерной для шизофренического мышления. В ряде случаев речь сводится к произношению отдельных слов и фраз без какой-либо последовательности. Например, «...дым разливать... нигде не будет... царство

небесное... неправильно воду покупать...тес из двух без имени... шесть венцов... переруб аркан да крест...». Это так называемый «словесный салат».

Нередко обычные слова наделяются значением и смыслом, отличающимся от общепринятого. Иногда они употребляют в речи и в письме новые, никому не известные, ими образованные слова. Так, больной в «трактате» употреблял слова: «крицента», «атулита», «юкелита 0/1», «нудита 1/+». «Все это, — пояснил больной, — есть символы моей памяти» [1].

В судебнопсихиатрической практике нарушения мышления встречаются в заявлениях и свидетельских показаниях, даваемых по делу лицами, страдающими шизофренией. Примером могут служить написанные собственноручно показания больного, упоминаемого в 18-й главе.

К числу основных симптомов шизофрении следует отнести также снижение или утрату присущей здоровому человеку активности.

В резкой степени безволие (абулия) выражается в том, что больные становятся бездеятельными и не проявляют никаких действий даже к удовлетворению простейших физиологических потребностей, например, по собственной инициативе не садятся за обеденный стол, не умываются.

Одним из часто встречающихся симптомов шизофрении являются галлюцинации и бред.

Галлюцинации при шизофрении могут быть всех видов. Но чаще всего наблюдаются слуховые: больных как будто окликают по имени, они слышат слова, отдельные фразы, «голоса», советы, ругательства, приказания; реже — обонятельные и осязательные: больным кажется, что пища пахнет жареным человеческим мясом, в воздухе чувствуется примесь едкого газа, к телу во сне кто-то прикасается, невидимые руки хватают за голову, еще реже при шизофрении — зрительные в виде неотчетливых и расплывчатых образов и всевозможных «видений».

У совершивших общественно опасное деяние чаще остальных больных наблюдаются галлюцинации императивного характера, когда больной слышит «неземной» властный голос, который приказывает: «Смирись! Покорись!» или приказывает совершить то или иное, иногда опасное, действие.

У лиц, страдающих шизофренией, часто наблюдается бред. Правда, у некоторых больных его может и не быть. Бредовые идеи в ряде случаев связаны с галлюцинациями. При шизофрении наиболее распространен бред преследования, отношения, воздействия, реже — ипохондрический и бред величия.

[1] В. Н. Образцов, Письмо душевнобольных, Казань, 1904.

Больной, страдающий шизофренией с бредом воздействия и галлюцинациями, считал, например, что им завладела невидимая сила, его голова превратилась в радиостанцию или в телефон и через нее пропускают посторонние плохие мысли, «речи из Сан-Франциско», которые вылетают из головы через уши или их приходится выплевывать. Он чувствовал, что за ним постоянно кто-то ходит и «тормозит» мозг, ему насильно поднимают веки, при помощи радиолокатора заражают гонорреей.

Страдающий шизофренией с бредовой переоценкой собственной личности считал, что обладает «неведомой силой колдовства и гипноза», что когда «начинает думать об обществе, начинается гроза, а в стенах домов и стеклах окон появляются трещины».

Таким больным присущи всякого рода необычные ощущения. Один испытуемый жаловался на то, что чувствует себя «разделенным на две половины, «правая половина — женщина, а левая — мужчина», в связи с чем у него «двухслойное настроение», «во мне, — говорил больной, — два Михаила», «у меня два мозга» и он не может собрать мысли воедино. Другой жаловался, что его ресницы изменились, стали зелеными, а ноги «облиты ядом».

Нередко больные жалуются на то, что их мысли кто-то забирает из головы и взамен их вкладывает чужие мысли и переживания.

По бредовым мотивам они нередко отказываются от еды и длительное время больных приходится кормить искусственно.

Внешне страдающие шизофренией обращают на себя внимание необычной мимикой, странной жестикуляцией, вычурными манерами, однообразно повторяющимися стереотипными движениями, неряшливостью. Действия и поступки их нередко бывают неожиданными, непонятными и не соответствующими ситуации. Так, больной ходил в загс и заполнял анкету на вступление в брак, не имея невесты. Больные иногда внезапно и безмотивно совершают особо опасные действия. Страдающий шизофренией набросился на жену и убил ее, так как у нее последнее время, как потом пояснил больной, «был строгий вид, она что-то скрывала от меня, а мне это не нравилось». Несуразные, непонятные и безмотивные действия лиц, страдающих шизофренией, описаны в наблюдениях 2, 5 и др.

Больные шизофренией при длительном течении заболевания становятся нелюдимыми, необщительными и бездеятельными, уединяются.

Таким образом, для шизофрении типичны нарушение и несогласованность мыслей, чувств и поступков, отрыв их от

реальной действительности, разлаженность и оскудение эмоциональной сферы, нарастание вялости, а в дальнейшем грубые расстройства мышления, речи и поведения.

Различают следующие формы шизофрении: параноидную, кататоническую, гебефреническую и простую. Некоторые психиатры выделяют еще и другие формы — ипохондрическую, циркулярную, неврозоподобную.

Деление на перечисленные формы носит несколько условный характер, так как симптомы одной формы могут наблюдаться и при другой. Кроме того, в процессе дальнейшего течения одна форма шизофрении может переходить в другую.

Параноидная форма шизофрении в судебнопсихиатрической экспертной практике встречается наиболее часто. Иногда при наличии галлюцинаций ее называют также галлюцинаторно-параноидной или галлюцинаторно-бредовой.

Отличительной особенностью параноидной формы шизофрении является преобладание среди психических нарушений бредовых идей, сопровождающихся нередко галлюцинациями. Развивается рассматриваемая форма обычно постепенно и течет медленно. Иногда же заболевание начинается остро с наплывом обильных галлюцинаций и бредом.

Как отмечает О. В. Кербиков, в начале заболевания, в острой стадии, преобладают бредовые идеи преследования конкретного содержания: больного преследуют конкретные люди (соседи, сослуживцы), с определенной целью (занять его площадь, должность), конкретными способами (портят пищевые продукты, пишут кляузы, дают ему на подпись неправильно составленные бумаги и пр.) [1].

При этой форме шизофрении могут наблюдаться все виды бреда, но чаще всего бред преследования, отношения воздействия, ревности, ипохондрический, бред величия, реформаторства и изобретательства.

Иногда больной длительное время скрывает бред, и окружающие приходят к выводу о наличии у него психической болезни впервые по неправильному поведению, выражающемуся в общественно опасных действиях.

В дополнение к ранее приведенным описаниям параноидной формы шизофрении (наблюдение 18) приведем еще одно наблюдение.

21. С., мужчина, 24 лет, перенес в детстве скарлатину и корь, в школе учился удовлетворительно, трудно уживался в коллективе, был малообщительным и грубым с окружающими. Увлекался химией и физикой, органи-

---

[1] См. О. В. Кербиков, Н. И. Озерецкий, Е. А. Попов, А. В. Снежневский, Психиатрия, М., 1958, стр. 198.

зовал дома маленькую лабораторию, самостоятельно ставил опыты. Некоторое время учился в техникуме, а затем работал учеником на заводе. Всегда отличался настойчивостью и упорством. После перенесенной малярии появилось психическое возбуждение, не понимал, что происходит вокруг него, внезапно набросился на мать, очень много и без устали говорил. Был направлен в психиатрическую больницу.

В дальнейшем испытуемый неоднократно помещался в психиатрическую больницу, находился там обычно в течение нескольких месяцев. В больнице отмечали психомоторное возбуждение, бред преследования и отравления, выписали с диагнозом шизофрении.

В период некоторого улучшения находился дома, не работал, «занимался проблемой продления жизни человека», для чего в течение трех месяцев «через каждые 15 дней в 6 часов утра» резал себе бритвой кожу с внутренней поверхности предплечья. Прекратил это только после того, как «убедился», что его «голова не выдержит таких экспериментов».

Уже после первого пребывания в больнице стал чувствовать, что мысли его исчезают из головы, все действия и поступки он совершает под чьим-то посторонним влиянием. Наконец, больной пришел к выводу, что все это — результат злонамеренных действий некоего Ф., соседа по дому. К этому выводу он пришел после того, как Ф. как-то по-особому посмотрел на него. «По его воле, — говорит испытуемый, — я стал как машина-автомат, он подчинил меня и руководит моими действиями. Я не имел ни минуты покоя и всегда был в напряжении».

После последнего пребывания в больнице стал испытывать воздействие со стороны Ф. в еще большей степени. Переносить это стало не под силу, и он решил покончить жизнь самоубийством: несколько раз пытался зарезать себя бритвой, порезал грудь, но не умер. Последнее время не выходил из комнаты, чтобы не показываться на глаза Ф. Однако и это его не спасло. С. продолжал чувствовать влияние Ф. Наконец С. пришел к выводу, что избавиться от преследования Ф. можно только путем убийства последнего. За шесть месяцев до убийства испытуемый никого не пускал в свою комнату, в том числе и мать. По самодельным чертежам сделал четыре пистолета. Когда все было готово, стал выжидать удобного случая, которого долго не было. Наконец, больной увидел Ф. сидящим во дворе в кругу ребят. Подойдя на расстояние двух шагов С. выстрелил в спину Ф. Когда тот упал, успев что-то пробормотать, он выстрелил из второго пистолета, выбежал на улицу и сообщил милиционеру о случившемся.

При обследовании испытуемого существенных изменений со стороны внутренних органов и нервной системы не обнаружено.

Однообразно и спокойно рассказывает о себе и своих переживаниях. Правонарушение считает «естественным последствием создавшихся отношений» между ним и Ф. Отношения он толкует бредовым образом, считает, что Ф. вкладывал ему в голову свои мысли, руководил всеми движениями и поступками, двигал его языком, руками, лишил всякой самостоятельности, превратив его в автомат, в результате чего больной перестал принадлежать себе.

Испытуемый сосредоточен на болезненных ощущениях и переживаниях, с окружающими не общается, много времени проводит в постели, равнодушно относится к пребыванию на экспертизе, родных не вспоминает.

Эмоциональные проявления С. бедны. Он говорит: «Я все вспоминаю разумом, а не чувствами».

Экспертиза дала заключение, что С. страдает хроническим душевным заболеванием в форме шизофрении (галлюцинаторно-параноидная форма); в отношении инкриминируемого правонарушения невменяем, по психическому состоянию вследствие стойкости и опасности бредовых идей нуждается в направлении в психиатрическую больницу для принудительного лечения.

В психиатрической больнице больной высказывал убеждение, что Ф. не убит, а жив, так как до сих пор ощущается его влияние. «Говорят, что он умер, но он жив. Если бы он был мертв, я бы его не чувствовал так, как чувствую сейчас. Он знает мои переживания. Это просто издевательство. Он вызывает чувства и мысли мои и матери... Он часто говорит моими губами. Окружающее я ощущаю как человек во сне. Я не чувствую времени. Оно уходит без меня. Я не могу о нем мыслить. Год проходит как месяц. Я убежден, что Ф. воздействует и на психику и делает меня ненормальным. Его голос слышу в различных звуках и во всех вариантах. Вчера в уборной я умывался, а старик тут же засмеялся. Это был его смех, и смех старика, который был тут же. Сейчас все стало запутываться и нередко трудно разобрать, где его голос, где голос других лиц».

Разнообразные и сложные психопатологические проявления у описанного больного типичны для параноидной формы шизофрении.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что такие больные правильно ориентируются в окружающем в тех пределах, в каких это не касается бредовых переживаний. Но стоит затронуть их болезненный пункт, как все приобретает иной характер. Критерий практики теряет свое значение лишь в пределах бредовой фабулы (О. В. Кербиков) [1].

Кататоническая форма шизофрении, как правило, возникает внезапно сильным моторным возбуждением, со спутанностью сознания, с последующим переходом в кататонический ступор. Последний проявляется в неподвижности, застывании на длительное время в однообразной позе, состоянии оцепенения, маскообразном выражении лица, отказе от речевого контакта (мутизм) и от приема пищи, в негативизме больные становятся нечистоплотными, неряшливыми.

Нередко заболевание начинается кататоническим ступором без возбуждения. Больные все время лежат в постели, укрывшись одеялом с головой, или стоят молча в одной и той же позе. У этих больных нередко наблюдается так называемая автоматическая подчиняемость: они находятся длительное время в приданной неудобной позе. Иногда наблюдаются стереотипии: однообразные, ритмически повторяемые движения, выкрики одной и той же фразы и т. п.

Заболевание может сопровождаться изменениями в телесной сфере, появлением синюшности конечностей, обильным выделением сальных желез кожи и слюнотечением. У таких больных нередко существует бредовое отношение к окружающему.

Течение кататонической формы шизофрении большей частью хроническое, с периодами относительного благополучия психического здоровья.

[1] См. О. В. Кербиков, Острая шизофрения. М., 1949, стр. 45.

22. Ч., мужчина, 43 лет, обвинялся в нарушении паспортного режима. В прошлом работал актером в провинциальных театрах, но 14 лет назад бросил сцену в связи с психическим заболеванием и тогда же впервые был направлен в психиатрическую больницу в состоянии резкого возбуждения. В больнице состояние возбуждения сменилось неподвижностью. Он все время лежал в постели, питался плохо. Внезапно состояние улучшилось и был выписан из больницы, но уже не работал и последние шесть лет скитался по разным городам. В последующем несколько раз снова попадал в психиатрические больницы.

При допросе после задержания вел себя странно, на вопросы не отвечал, упорно молчал, в связи с чем и был направлен на психиатрическую экспертизу. Здесь сначала Ч. также молчал, отказывался от еды. Затем внезапно состояние изменилось, он сообщил о себе анамнестические сведения, при этом обнаружил хороший запас знаний, находчивость в ответах. На ряд вопросов, касающихся переживаний, давал уклончивые ответы, объяснял, например, что не разговаривал «из-за принципа артиста». Обнаружил переоценку собственной личности и некритическое отношение к окружающему, склонность к суждениям бредоподобного характера. Так, он заявил, что у него украли идею немого фильма. На вопрос о галлюцинациях вначале ответил отрицательно, а потом сообщил, что слышит «какие-то особые разговоры», которые его «духовно обогащают». В конце экспертизы снова впал в состояние кататонического ступора, не разговаривал, стал недоступным, неподвижно лежал в постели. При попытке обследовать оказывал активное сопротивление.

Экспертиза дала заключение, что испытуемый страдает душевным заболеванием в форме шизофрении (кататоническая форма), в отношении инкриминируемого ему правонарушения невменяем, нуждается в направлении в психиатрическую больницу для лечения на общих основаниях.

В психиатрической больнице Ч. находился несколько лет подряд. В течение первого года пребывания беспрерывно был в состоянии кататонического ступора, не разговаривал, обнаруживал негативизм, целыми днями лежал в постели без движения, укрывшись с головой. Был совершенно недоступен. Затем состояние несколько улучшилось, включился в трудовые процессы. В дальнейшем дал резкое кататоническое возбуждение, сменившееся ровным, правильным поведением.

Следует отметить, что сколько бы времени ни находился больной в состоянии кататонического ступора, выйдя из него, он может вспоминать происходящее за время болезни с ним и вокруг него. Выход из ступорозного состояния может произойти внезапно и быстро.

И. П. Павлов наблюдал больного[1], заболевшего в возрасте около 35 лет и находившегося в состоянии кататонического ступора 22 года. В течение этого времени он лежал в больнице живым трупом, без малейшего произвольного движения, без единого слова. Кормили его через зонд, был неопрятен. Когда его возраст стал приближаться к старости, больной начал вставать с постели, ходить один в уборную, много и совершенно разумно говорить, самостоятельно питаться. О прошлом состоянии

[1] Описание больного приведено И. П. Павловым в статье «Психиатрия как пособница физиологии больших полушарий» (Полн. собр. соч., т. III, кн. 1, 1951, стр. 346).

говорил, что все то, что происходило около него, он понимал, но чувствовал страшную неодолимую тяжесть в мускулах, так что ему было трудно дышать. И это было причиной, почему он не двигался, не ел и не говорил. Больного выписали из больницы, когда ему было шестьдесят лет. Выздоровление его, как считал И. П. Павлов, наступило в связи со старением организма, резким падением его силы и ослаблением задерживающих процессов в двигательной области коры больших полушарий.

Гебефреническая форма шизофрении наступает обычно в юношеском возрасте и называется также юношеской. Развивается эта форма заболевания постепенно и имеет неблагоприятное течение. Внешне заболевание проявляется в моторном беспокойстве: больной все время двигается, совершает безмотивные и нелепые выходки, носящие характер шаловливости. Настроение у больных беззаботное, благодушное. Ведут себя, как капризные, не в меру шаловливые дети.

23. В., мужчина, 23 лет, впервые заболел несколько лет тому назад.

Рос и развивался правильно, в детстве болел коклюшем и скарлатиной. По характеру был вспыльчив и раздражителен. Окончил 10 классов средней школы и работал ассистентом кинооператора в студии кинохроники, а затем фотомастером.

Четыре года тому назад (в возрасте 19 лет) заболел, появилось беспокойство, стал многоречивым, во все вмешивался, бросил работу. Родные сначала такому состоянию не придавали особого значения, а затем стали замечать явные признаки психического заболевания. В. почти не спал, много ел, стал употреблять спиртные напитки, повышенно сексуален, приставал к женщинам, онанировал, настроение было приподнятое. Тогда же впервые родные обратились в психиатрическую больницу. Вскоре после того, как выписали из больницы, совершил правонарушение, за которое привлекался к ответственности (неоднократные хулиганские действия в доме, на улице и в общественных местах, остановил на улице незнакомую женщину и предложил стать его женой, набросился на агитатора по выборам, стал его целовать).

При обследовании во время экспертизы каких-либо отклонений от нормы со стороны нервной системы и внутренних органов не обнаружено.

Психическое состояние: испытуемый все время находился в состоянии психомоторного возбуждения, многоречив, легко отвлекается, на одном месте не сидит, настроение приподнятое, поведение развязное, вмешивается во все происходящее вокруг него, комментирует рассказы и поведение других испытуемых, держится в величавой позе, себя называет то «буревестником», то «Тарзаном». Причудливо драпируется в простыни и одеяло. Сведения о себе излагает непоследовательно, путано. Речь витиеватая. Откровенно говорит о сексуальной жизни, крайне эротичен, ходит голым по отделению, во время беседы щурит глаза. Временами возбуждается без повода, рвет белье, прыгает по кроватям. Почти не спит по ночам. Высказывания его нелогичны, резонерского характера. По временам слышит окрики. Говорит, что его «мысли в голове спорят между собой». Критика к окружающему и к своему положению отсутствует.

Заключение экспертной комиссии: обвиняемый страдает психическим заболеванием в форме шизофрении (гебефреническая форма), в отношении инкриминируемого деяния невменяем, нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.

Поведение описанного больного носит характер хаотического возбуждения с манерностью, своеобразной веселостью, суждения непоследовательны. Бредовые идеи у таких больных носят обычно нелепый характер с чертами некоторой наигранности, искусственности.

Простая форма шизофрении развивается также постепенно и медленно, течет вяло и характеризуется прогрессирующей утратой интересов и привязанностей, нарастанием пассивности, психической опустошенности и равнодушия, нередко переходящих в дальнейшем в глубокое слабоумие с эмоциональной тупостью, постепенным снижением работоспособности. У некоторых больных могут наблюдаться галлюцинации и скудный по содержанию бред, к которому они относятся большей частью пассивно и безразлично.

Длительное время это заболевание может оставаться нераспознанным из-за нечеткой и слабо выраженной симптоматики.

24. И., мужчина, 25 лет, обвинялся в квартирной краже: зашел в общежитие, когда никого не было, надел чужой костюм, оставив свою верхнюю одежду. В связи со странным поведением был направлен на психиатрическую экспертизу. О детстве имеются скудные сведения. Несколько лет учился в школе, затем в ФЗУ, непродолжительное время работал техником, а затем бросил работу. Не понимал, что с ним происходит, целые дни где-то ходил, казалось что все кругом изменилось. Некоторое время скитался по разным городам, ночевал где попало.

Психическое состояние: обвиняемый малодоступен, угрюм, негативистичен, на вопросы отвечает с большими задержками, голос мало модулирован, мимика бедная, невыразительная, сведения о себе сообщает скупо и неохотно. О родных говорит безразличным тоном. Во время беседы сидит неподвижно в однообразной позе, прикрывает лицо рукой, в палате большую часть стоит у кровати. Обследованию сопротивляется, инструкций не выполняет, иногда озирается по сторонам, временами на лице появляется ничем внешне не вызванная улыбка, иногда насильственный смех. Больным себя не считает, ничего странного и особенного в бездеятельности не усматривает. В отделении вял, равнодушен, молчалив, необщителен, ничем не занят, никаких побуждений к деятельности не обнаруживает, безразличен к своему внешнему виду, неопрятен и неряшлив в одежде и во время еды.

Из отрывочных высказываний можно сделать вывод о наличии галлюцинаций («...незнакомые голоса в палате все время кричат: Игнатьев, Игнатьев... Если бы я мог их проверить... Может быть здесь много Игнатьевых... Почему они не идут ко мне, а зовут...») Критика к своему состоянию и сложившейся ситуации отсутствует.

Заключение экспертной комиссии: страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (простая форма), в отношении инкриминируемого деяния, совершенного в болезненном состоянии, он должен быть признан невменяемым, нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.

По сравнению с параноидной формой шизофрении кататоническая, гебефреническая и простая формы имеют меньшее судебнопсихиатрическое значение. Такие больные из-за пониженной

активности в общей сложности представляют меньшую общественную опасность. Исключением может явиться кататоническая форма с повторяющимися приступами возбуждения, нелепым поведением и импульсивными разрушительными действиями.

Шизофрения — прогрессирующее тяжелое заболевание, имеющее свое начало, течение и исход. Во многих случаях удается установить с большей или меньшей точностью время, когда началось заболевание. Большей частью заболевание вначале протекает остро, с выраженными симптомами, присущими рассматриваемому заболеванию (распирающие головные боли, отчужденность от окружающего, явления негативизма и т. п.). В дальнейшем возможно затухание болезненных проявлений навсегда, и в таких случаях можно говорить о выздоровлении. Иногда спустя некоторое время под влиянием ряда неблагоприятных причин снова может возникнуть вспышка болезни. Если болезненный процесс не приостановился и прогрессирует, то он часто приводит к заметному дефекту психики (дефектное состояние) и даже к полному распаду личности со слабоумием (исходное состояние). Больные в исходном состоянии внешне производят впечатление чудаков, они как-то по-особенному жестикулируют, громко разговаривают сами с собой, иногда совершают нелепые поступки, интеллект их резко снижается.

Шизофрения, возникающая в детском и подростковом возрасте, характеризуется отсутствием параноидной формы.

У детей и подростков, по сравнению со взрослыми, чаще наблюдается гебефреническая и кататоническая формы. Начинается шизофрения в детском и подростковом возрасте обычно страхами. Течение ее менее благоприятное, чем у взрослых.

В судебнопсихиатрической практике больные, страдающие шизофренией в стадии дефекта, встречаются чаще, чем больные с острым течением. Объясняется это тем, что лица, перенесшие острый приступ шизофрении, при затухании процесса выписываются из больниц, находятся в семье, работают и иногда уже вне больницы совершают опасные деяния. Они-то и являются объектом психиатрической экспертизы.

Пример дефектной формы шизофрении.

25. В., мужчина, 29 лет, обвинялся в хулиганстве: в нетрезвом состоянии учинил скандал в квартире, облил керосином и поджег кухню общего пользования, гонялся за соседями и обзывал их непристойными словами.

В раннем детстве болел дифтерией и коклюшем, в школе учился с трудом, бросил ее и начал работать на заводе учеником слесаря. Отличался вспыльчивостью и гневливостью. В возрасте 14 лет перенес ушиб головы. Спустя год после ушиба появились слуховые галлюцинации, страхи, казалось, что его окружают враги, которые хотят убить, отказывался от еды. Нахо-

дился длительное время в психиатрической больнице с диагнозом шизофрения. После больницы не работал, был инвалидом II группы. В 1944 году, скрыв пребывание в больнице, ушел в армию, но вскоре в связи с недисциплинированностью и проявлением ряда странностей в поведении был демобилизован с тем же диагнозом шизофрении.

Спустя год привлекался к уголовной ответственности за кражу, проходил психиатрическую экспертизу, был признан страдающим шизофренией и находился в психиатрической больнице на принудительном лечении.

После того как выписался из больницы, работал несистематически, стал употреблять алкоголь, часто дома ссорился и учинял драки. В дальнейшем привлекался за хулиганство еще три раза и всякий раз после экспертизы помещался в психиатрическую больницу на принудительное лечение.

Психическое состояние: обвиняемый формально правильно ориентируется во времени и окружающей обстановке, на вопросы отвечает, но особенного интереса к беседе не проявляет, смотрит по сторонам, зевает, не к месту смеется. Мысли излагает не всегда последовательно, бессвязно, отвлекается, дает нелепые объяснения своему поведению, так суетливость объясняет тем, что «ищет свое имя и отчество». Лечащего врача принимает за знакомого. Нередко бывает беспокойным, поет, выкрикивает слова команды, стучит в двери, громко хохочет, дергает за одежду больных. Иногда лежит в постели, укрывшись с головой, бывает напряженным, злобным. Равнодушно говорит о семье. Пребыванием в психиатрическом учреждении не тяготится.

Заключение экспертной комиссии: страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (дефектное состояние), в отношении инкриминируемого правонарушения должен быть признан невменяемым, нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.

Обычно болезненные явления, имевшиеся в начальном периоде, утрачивают для больного остроту. Если бред сохраняется, то он теряет стойкий доминирующий характер, больной обычно приспосабливается к нему, и бред оказывает незначительное влияние на поведение больных. Больные становятся равнодушными к галлюцинаторным восприятиям и бреду.

Перемены, которые происходят в личности больного с психическим дефектом, обычно выражаются в утрате социальных контактов, в снижении продуктивности в работе. Эти изменения заметны для родных и близких, знавших больного до заболевания. Такие перемены отмечают и сами больные. Один из них говорил, что у него после болезни не стало «интереса прежнего, перестал себя культурно вести, стал грубым, несдержанным».

Как отмечают многие исследователи, при исходной стадии шизофрении в мозгу наступают стойкие деструктивные изменения, а отсюда и клинические проявления в форме эмоциональной тупости и снижении активности. Изменения мышления и слабоумие у дефектных шизофреников носят обычно стойкий и необратимый характер.

Лечение шизофрении основано на том, что это заболевание является результатом торможения в мозгу, близкого к состоянию неполного сна. Поэтому важно добиться состояния глубокого и продолжительного сна, что и достигается применением

всякого рода медикаментов. Существует несколько методов лечения шизофрении сном. Успешно применяется шоковая терапия с помощью введения инсулина — вещества, выделяемого поджелудочной железой. Применение инсулина рассчитано на благоприятные сдвиги в процессах обмена внутри организма. В настоящее время стали применять такие средства, как аминазин и серпазил. Применяется судорожная терапия. Кроме медикаментозных средств хорошее лечебное воздействие оказывает трудовая терапия в специально приспособленных для этой цели мастерских. В процессе труда у больных сохраняются или воспитываются заново навыки, необходимые в жизни, в коллективе, на работе, в семье. Все эти методы лечения во многих случаях приводят к выздоровлению или частичному улучшению психического здоровья при шизофрении, считавшейся раньше неизлечимым заболеванием.

Судебнопсихиатрическая оценка шизофрении сводится к тому, что диагноз шизофрении в большинстве своем исключает применение наказания. Отдельные больные с легко протекающей шизофренией, со стойкой и длительной ремиссией, когда возможно говорить о практическом выздоровлении, могут быть признаны вменяемыми, о чем писал А. М. Халецкий[1]. Однако такие случаи являются редким исключением. Несмотря на успехи терапии, в практическом отношении все же правильнее включать заболевших шизофренией в группу тяжелых затяжных заболеваний со всеми вытекающими отсюда последствиями.

При экспертизе наблюдаются трудности диагностического характера. Они обусловлены разнообразием клинической картины заболевания.

Чаще всего от шизофрении приходится отграничивать некоторые реактивные состояния, отдельные формы психопатий, которые по симптоматике могут приближаться к шизофрении. Диагностические трудности связаны в этих случаях еще и с тем, что некоторые больные шизофренией диссимулируют заболевание (наблюдение 71). Иные больные, признанные страдающими шизофренией, упорно доказывают, что ранее они симулировали психическое заболевание. Особенно часто подобные заявления исходят от больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении.

Заключение о наличии шизофрении необходимо давать после тщательного наблюдения и обстоятельного обследования испытуемого главным образом в условиях стационара.

---

[1] См. А. М. Халецкий, Вопросы вменяемости при шизофрении, «Проблемы судебной психиатрии», М., 1938.

Путем заочной экспертизы, по материалам дела, установить диагноз шизофрении или отвергнуть ранее данный почти невозможно.

Опасные больные, страдающие шизофренией, нуждаются в принудительном лечении. Особо опасными считаются те из них, которые обнаруживают бред преследования и воздействия, активны в поведении и обнаруживают частые обострения заболевания. Они были уже описаны (наблюдения 2, 18, 21).

Опасными и нуждающимися в принудительном лечении являются также больные шизофренией с бредом ипохондрического содержания. Больной нанес тяжелое телесное повреждение врачу, так как считал, что врач «испортил» его и поэтому он «весь сгнил», его кровь «выходит из тела вместе с голосами», а «моча через нос», «мозги сделались как вата», «руки и кожа высохли», «кости истончились».

Лица, заболевающие шизофренией в период отбывания наказания в местах заключения, подлежат досрочному освобождению от наказания. Как и в отношении лиц, находящихся под следствием, при экспертизе осужденных возникают трудности главным образом диагностического характера.

Следует иметь в виду, что из-за диссимуляции страдающие шизофренией иногда попадают в места заключения. Такой больной описан (наблюдение 16). В местах заключения эти больные обращают внимание своим поведением или совершением нового тяжелого общественно опасного деяния.

Некоторое своеобразие имеет судебнопсихиатрическая экспертиза потерпевших или свидетелей, страдающих шизофренией. Показания потерпевших и свидетелей, больных шизофренией, не могут считаться источником доказательства, и поэтому такие лица не должны привлекаться для дачи показаний (наблюдение 10).

Трудности возникают при экспертизе лиц, страдающих шизофренией и оговоривших себя или других лиц. Нередко оговоры со стороны таких больных оказываются по своему существу не чем иным, как бредом. Женщина 42 лет, написала больше 20 заведомо ложных заявлений на соседей. Она обвиняла их в совершении краж, грабежей, поджогов и убийств, а также в том, что они преследуют ее, «стараются отравить газом», завладеть вещами. При экспертизе установлено, что больная страдает шизофренией (параноидная форма). Поэтому испытуемая была признана невменяемой, нуждающейся в принудительном лечении. Ее заявления были проявлением болезни.

При экспертизе по гражданским делам лица, страдающие неострой формой шизофрении, признаются недееспособными. Недееспособными признаются и лица, обнаруживающие глубокий

дефект личности, особенно эмоциональное отупение, после перенесенной в прошлом шизофрении. Исключение могут составлять лица, перенесшие шизофрению без грубых изменений личности. При сохранении критики, логически последовательном и разумном поведении такие лица могут быть признаны дееспособными.

Трудности возникают в отношении лиц, заключивших какой-либо гражданский акт в промежутке между болезненными приступами (наблюдение 12).

Вопрос о дееспособности в аналогичных случаях решается в зависимости от глубины и тяжести болезненных нарушений у заключившего сделку.

26. К., женщина, 29 лет, была подвергнута судебнопсихиатрической экспертизе для решения вопроса о ее дееспособности в связи с тем, что муж подэкспертной возбудил дело о разводе, ссылаясь на ее психическое заболевание.

В детстве К. росла и развивалась хорошо, окончила шесть классов средней школы и школу фабрично-заводского обучения. Затем работала ткачихой.

В возрасте 16 лет заболела психически, появились страхи, ей казалось, что на нее действуют лучами. Тогда же К. впервые была помещена в психоневрологическую больницу, где с диагнозом «шизофрения», подвергалась лечению инсулиновыми шоками.

В дальнейшем, в течение 14 лет К. помещалась в психоневрологическую больницу шесть раз. При последнем пребывании она была возбуждена, злобна, разговаривала сама с собой. По выходе из больницы вела себя правильно, нигде не работала.

Два года тому назад она вышла замуж. В первое время жизнь ее протекала хорошо. Затем больная стала высказывать предположение, что муж ей изменяет, считала, что собирается отравить ее стрихнином, что он находится в сговоре против нее с другими лицами.

Возбуждая дело о разводе, муж ссылается на то, что К. при регистрации брака скрыла заболевание.

При обследовании во время экспертизы подэкспертная контакту формально доступна, сведения о себе сообщает последовательно, жалоб никаких не высказывает, держится несколько манерно. О болезненных переживаниях говорит неохотно: «была больна, теперь поправилась». В палате ни с кем не общается, несколько настороженна, критика к своему состоянию и к окружающему недостаточная.

Заключение экспертной комиссии: страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (состояние ремиссии), в настоящее время ее следует считать недееспособной; в период вступления в брак она также страдала психическим заболеванием и была недееспособна.

У больной болезненные приступы были довольно частыми, а состояния ремиссии — непродолжительными. Как видно из изложенного, при кажущемся психическом благополучии в период ремиссии, она настороженно и подозрительно относилась к окружающему, а некоторые факты склонна была толковать бредовым образом. Поэтому она, как психически больная, неспособная рассудительно вести дела, признана недееспособ-

ной вообще. Так как при вступлении в брак подэкспертная также была психически больной и недееспособной, естественно, что такой брак судом может быть признан недействительным с вытекающими отсюда последствиями.

Лица, страдающие шизофренией, иногда совершают самоубийство. Чаще всего они совершают его в начальном периоде заболевания, когда больной еще в состоянии критически и правильно оценить происходящие перемены, когда болезнь чувствуется как что-то чуждое и насильственное, когда для осуществления своих намерений у больных хватает еще волевых усилий. В дальнейшем при нарастании эмоциональной тупости и безразличия к дальнейшей судьбе попытки самоубийства этими больными совершаются реже.

Некоторые больные шизофренией кончают жизнь самоубийством под влиянием слуховых галлюцинаций императивного характера («голоса требуют уничтожить себя»), под влиянием бреда, главным образом, бреда преследования и связанных с бредом страхов и опасений за жизнь свою и близких, при наличии бреда ипохондрического характера («гниют внутренности и потому так дальше жить невозможно»). Подобного рода самоубийства совершаются не только в остром начальном периоде заболевания, но и тогда, когда бред уже оформился в определенную систему.

Глава 25

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия известна с давних времен под разными названиями («падучая болезнь», «черная болезнь»). Основными признаками ее являются периодически возникающие судорожные припадки, большей частью сопровождающиеся расстройством сознания. Эти болезненные приступы носят кратковременный характер. При тяжелом течении эпилепсии у больных могут наступить стойкие изменения личности и слабоумие.

Возникновение эпилептической болезни ставится в зависимость от неблагоприятных воздействий на мозг плода во внутриутробном периоде и на ранних этапах жизни ребенка. К числу факторов, вызывающих эпилепсию, относятся родовая травма, ушибы головы, инфекционные заболевания, воспалительные процессы в мозгу и его оболочках, а также интоксикации. Определенную роль в происхождении ее играет наследственное предрасположение. В некоторых случаях причина эпилепсии остается не выясненной до конца.

Возникновению судорожного припадка обычно предшествует чувство недомогания, плохое настроение, сердцебиение, головные боли. По своему опыту больной знает, что при появлении перечисленных ощущений приближается припадок.

Сам припадок начинается без каких-либо внешних причин и независимо от того, где находится больной. Редко он может быть спровоцирован психическими переживаниями, алкоголем и другими причинами. Припадок у движущихся механизмов, водоемов и на высоте может повлечь за собой тяжелые последствия для здоровья и жизни больного.

За некоторое время до припадка у больных иногда возникает чувство безотчетного страха или, наоборот, блаженное состояние. Больному может казаться, что находящиеся вокруг предметы движутся, то увеличиваются, то уменьшаются, он видит вспыхнувшее яркое пламя, слышит пронзительный свист, грохот, удар колокола, «неземное пение», чувствует дуновение ветра, едкий запах. Нередко больной начинает кружиться на месте, выкрикивает одни и те же слова или внезапно с пронзительным визгом срывается с места и куда-то бежит. Эти явления представляют собой начальную фазу припадка и носят название **ауры** («аура» значит «дуновение»).

У разных больных аура протекает неодинаково, но у каждого из них она большей частью повторяется в одном и том же виде.

Затем больной падает, лицо его из бледного становится багровым и перекашивается, тело вытягивается, мышцы напрягаются, наступает так называемая фаза тонических судорог. Спустя 20—30 сек. они сменяются клоническими судорогами, выражающимися в чередующихся ритмических сгибаниях и разгибаниях конечностей и судорожных сокращениях мышц всего туловища.

Так как во время припадка сокращаются мышцы тазовых органов, то происходит непроизвольное выделение мочи и кала. В связи с сокращением жевательных мышц и судорожным сжатием челюстей язык прикусывается до крови, дыхание становится затрудненным, прерывистым и клокочущим, изо рта выделяется слюна в виде пены, окрашенная кровью от укуса языка или слизистой оболочки рта. Веки в этот период бывают закрыты, зрачки резко расширены и не реагируют на свет. На внешние раздражения больной не откликается.

Длится припадок обычно три-пять минут. Затем судороги затихают и прекращаются, больной медленно, с беспорядочными движениями и бормотанием приходит в сознание и большей частью сразу же засыпает глубоким и длительным сном. Воспоминаний о припадке не остается.

У одних больных припадки возникают в любое время, без чередования и последовательности, у других они возникают периодически только днем или только ночью во время сна. В последнем случае о припадке больные догадываются утром по плохому самочувствию, свежим прикусам языка, ушибам и ссадинам. Во время припадка они могут причинить себе различной тяжести самоповреждения (переломы костей, вывихи челюсти и т. п.).

Частота припадков различна. У некоторых лиц в течение жизни наблюдается только единственный припадок, у других — несколько за год, а у иных и по нескольку припадков в течение суток, в отдельных случаях следуя один за другим.

Во время эпилептического припадка больной бессознательно может причинить вред себе и другим. Падающий больной может разбить витрину и испортить товары; шофер, страдающий эпилепсией, может во время припадка потерять способность управлять автомобилем и тем вызвать аварию.

С припадками эпилепсии сходны припадки иного происхождения. Установить их природу при экспертизе крайне важно.

От эпилептических припадков необходимо отграничивать, например, истерические, которые в отличие от эпилептических

возникают обычно после волнения чаще всего на людях, в присутствии зрителей с элементами демонстративности. Судороги при истерическом припадке не имеют той последовательности, которая бывает при эпилепсии (сначала тонические, затем клонические). Длятся истерические припадки продолжительное время, прикуса языка, пены изо рта и непроизвольного мочеиспускания не наблюдается, зрачки реагируют на свет, сознание нарушается не глубоко, и под влиянием внешнего воздействия припадок может прекратиться. Нужно иметь в виду, что у одного и того же лица могут наблюдаться как эпилептические, так и истерические припадки.

Эпилептические припадки следует отличать от припадков при так называемой симптоматической эпилепсии, которая является следствием травм, опухолей, сифилитических и алкогольных поражений мозга. Об этих припадках и их особенностях говорится в соответствующих разделах.

Судорожный припадок — это реакция мозга на различные раздражители. Особенно легко такая реакция возникает у детей при наличии глистов в кишечнике, в связи с инфекционным заболеванием, повышенной температурой. Подобные судорожные припадки у детей не всегда являются эпилепсией.

Симулировать эпилептические припадки очень трудно. Чаще всего приходится встречаться с неправдоподобными ссылками на припадки в период совершения преступления.

27. Н., мужчина, 38 лет, обвинялся в том, что в помещении вокзала похитил у пассажира чемодан с носильными вещами.

На следствии заявил, что о краже чемодана он ничего не помнит, но предполагает, что у него в то время был припадок эпилепсии, которой Н. страдает.

Из анамнеза известно, что в прошлом у испытуемого появились припадки с потерей сознания, прикусыванием языка, непроизвольным мочеиспусканием, с последующим сном и врачи ставили ему диагноз эпилепсии.

Экспертная комиссия дала заключение о том, что Н. страдает эпилепсией с незначительными отклонениями со стороны психики.

В отношении инкриминируемого ему правонарушения он был признан вменяемым, так как в тот период находился не в болезненном состоянии, а в состоянии простого алкогольного опьянения.

На то обстоятельство, что здесь не было болезненного расстройства сознания, как отметили эксперты, указывает сохранность ориентировки обвиняемого в окружающем, отсутствие бредовых и галлюцинаторных переживаний. Действия его в тот момент носили целесообразный характер. Как видно из материалов дела, Н. бежал от преследователей; на вопрос пострадавшего, зачем он взял его чемодан — обвиняемый полез в карман, вынул нож и угрожающе произнес: «Если подойдешь, то зарежу!» Далее он перебросил чемодан через забор и пытался скрыться.

Неправдоподобными являются ссылки страдающих эпилепсией на то, что такие действия как растрата, систематические хищения и кражи, требующие длительного времени, а иногда

и предварительной подготовки, совершены ими якобы в припадочном состоянии.

Эпилептические припадки не всегда протекают столь типично, как было описано выше. К числу атипичных эпилептических припадков относятся малые припадки, абсансы и психические эквиваленты.

Малый припадок (по-французски — petit mal) — это припадок эпилептического происхождения, отличительной особенностью которого является внезапный обрыв сознания на короткое время, но с сохранением прежней позы, без потери равновесия и без прикусывания языка. Судороги при малом припадке, если и бывают, то выражаются в еле заметных сокращениях мышц лица и конечностей. Такие кратковременные состояния окружающие не всегда замечают. Иногда припадок может сопровождаться потерей сознания на короткий миг, мысль обрывается, и больной как бы впадает в оцепенение, с отсутствующим взором озирается вокруг. Это так называемый абсанс (по-французски — «отсутствие»).

Наибольшее внимание в судебнопсихиатрической практике привлекают к себе атипические эпилептические приступы, протекающие с явлениями сумеречного расстройства сознания, без судорог и с рядом автоматических, бессмысленных действий и поступков. Это так называемые психические эквиваленты. Они могут быть вместо припадка, предшествовать ему и развиваться после. Эквиваленты нередко длятся больше времени, чем припадок, и сопровождаются сложными действиями и необычным поведением больного, что обусловлено нарушением сознания при сохранности моторики.

Сумеречное состояние сознания при психическом эквиваленте обычно выражается в дезориентировке больного во времени, месте. Окружающее больной вовсе не воспринимает или воспринимает искаженно. В данный период могут наблюдаться зрительные галлюцинации устрашающего характера, сопровождающиеся чувством экстаза (экстатические галлюцинации). Под влиянием галлюцинаций, а также и беспричинно у больных возникают страхи, опасения, состояние ужаса.

Иногда в таком состоянии возникают быстропроходящие бредовые идеи преследования, когда больному кажется, что окружающие, родные, близкие что-то замышляют против него, собираются убить и т. п. Под влиянием чувства страха больные, спасаясь от преследователей, совершают убийства или выбрасываются из окна, с невероятной силой разрушают все, что попадается на их пути.

Убийства, тяжелые ранения, увечья, совершаемые в сумеречном состоянии, отличаются чрезвычайной жестокостью

бессмысленностью, отсутствием у убийц тенденции к сокрытию следов. В отдельных случаях больные, совершив убийство, засыпают около жертвы. О всем происшедшем больные не помнят, их воспоминания носят отрывочный характер, причем воспроизводятся отдельные эпизоды из болезненных переживаний.

Следует иметь в виду, что в иных случаях эмоциональные переживания, предшествующие расстройству сознания, оказывают влияние на поступки и поведение больного в сумеречном состоянии, что создает иногда впечатление целевого и осмысленного поведения. Больной эпилепсией, питающий злобу к определенному лицу, в сумеречном состоянии может нанести телесные повреждения ему.

У некоторых больных сознание помрачается не столь глубоко и сосредоточено на каком-либо определенном круге явлений. Поведение и поступки в этот период носят автоматизированный характер. Это так называемый амбулаторный автоматизм.

Больные в подобном состоянии совершают ряд целесообразных действий, не привлекая внимания окружающих. Описаны, например, самостоятельные поездки в подобном состоянии на далекое расстояние, и длившиеся значительное время (несколько дней и даже недель). Происшедшее больные потом не помнят.

О поведении больного в сумеречном состоянии можно судить по ранее приведенному наблюдению (наблюдение 3). Приведем еще пример.

28. Г., мужчина, 33 лет, обвинялся в убийстве жены и двухлетнего ребенка.

Родная сестра обвиняемого психически больная. В детстве испытуемый страдал недержанием мочи и снохождением (лунатизмом). В школе учился с трудом, окончил только два класса. Два года тому назад появились внезапно возникающие расстройства сознания, во время которых он впадал в состояние беспричинного возбуждения, убегал; однажды оказался в соседней деревне, а каким образом вспомнить не мог. Во время пребывания в больнице наблюдалось неясное сознание, в разговоре был сбивчив, заговаривался, путал мысли. Временами наблюдалось состояние беспричинной тоски, «внутри все переворачивало, не находил себе места». Было также состояние, когда на короткий миг «обрываются мысли» и он не мог вспомнить, что делал до этого.

По поводу правонарушения сообщил, что в тот день с утра он чувствовал себя плохо, болела голова. Поведение было странным: не узнавал проходивших односельчан, был беспокоен настолько, что с участием приглашенного фельдшера его связали. После порошка люминала он как будто бы успокоился и лег спать. Ночью соседи слышали шум и возню в квартире. Через окно они увидели его раздетым, а на полу лежал труп жены. Видели также как он, надев брюки, лег рядом с трупом. Войдя в комнату, соседи застали Г. спящим. Жена оказалась задушенной с последующим отчленением головы от туловища. Ребенок был мертв, с пробитой головой.

Во время экспертизы испытуемый правильно ориентировался в месте и в окружающей обстановке, на вопросы отвечал медленно, тихим голосом, сведения о себе сообщал не совсем последовательно, во время беседы держался спокойно, мало общался с окружающими, временами бывал мрачен, угрюм, подавлен, иногда наблюдалось приподнятое настроение, улыбался, напевал песни. В период экспертизы наблюдался судорожный припадок с расстройством сознания. Перед припадком он был резко возбужден, бессмысленно метался, затем упал и начались судороги. О правонарушении ничего рассказать не мог, ссылался на запамятование, жалел жену и ребенка, плакал, недоумевал по поводу совершенного.

Заключение экспертизы: страдает хроническим душевным заболеванием в форме эпилепсии со склонностью к периодически наступающим сумеречным расстройствам сознания; правонарушение совершено в состоянии временного расстройства психической деятельности — сумеречного состояния сознания; инкриминируемое деяние совершил в болезненном состоянии, поэтому его следует считать невменяемым; в связи с периодически возникающими расстройствами сознания, сопровождающимися агрессивными импульсивными действиями Г. нуждается в принудительном лечении в больнице специального типа.

В данном случае на то обстоятельство, что убийство совершено в сумеречном болезненном состоянии, указывает дезориентировка больного в тот период в окружающем, наличие психомоторного возбуждения, агрессия, нелепое поведение (он не узнавал жену и знакомых, бегал по комнате, не впускал никого к себе). Подобное состояние у обвиняемого наблюдалось и в период стационарной экспертизы.

К числу психических нарушений, наблюдаемых у страдающих эпилепсией, следует отнести также дисфории — беспричинные расстройства настроения. При дисфориях у больных без внешних причин появляется злобность, тоскливость, раздражительность, беспокойство, иногда страхи.

Больные не находят себе места, блуждают, предпринимают бесцельные поездки (дромомания), иногда прибегают к алкоголю, чтобы «заглушить тоску», пьянство у них приобретает характер запоя (дипсомания). Описанные расстройства настроения обычно длятся несколько дней и затем обрываются. Чаще всего дисфория предшествует припадку или наступает после него. Самоубийство при эпилепсии — редкое явление, и если совершается, то обычно в состоянии глубокой дисфории. Распознать истинную дисфорию крайне затруднительно, так как подчас невозможно бывает отличить ее от расстройств настроения, возникающих по разным поводам.

Расстройства настроения сравнительно редко бывают предметом судебнопсихиатрической экспертизы.

29. Е., мужчина, 24 лет, обвинялся в хулиганстве в поликлинике, куда явился за медицинской помощью. В этот день с утра он чувствовал себя плохо, была сильная головная боль, «дурное» настроение. С работы его направили в поликлинику. В кабинете врача Е. стал браниться, набросился

на врача, нанес пять ножевых ран, порезал подошедшего второго врача, медицинскую сестру и санитарку.

Из анамнеза установлено, что с девяти лет испытуемый страдает припадками с потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием и прикусыванием языка. Иногда у него наблюдались состояния беспричинной, гнетущей тоски, в это время он обычно затевал ссоры. В психиатрических больницах не лежал. Алкогольные напитки не употребляет.

При исследовании нервной системы отмечается небольшое отклонение языка, повышение сухожильных коленных рефлексов справа. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Во время обследования при экспертизе он был вял, медлителен, речь его монотонная, замедленная, слова подбирал с трудом. В палате большую часть времени проводил в постели, с больными не общался. Интеллект снижен, мышление тугоподвижное.

За время пребывания на обследовании у испытуемого периодически наблюдались расстройства настроения с тоскливостью и безотчетными страхами. После таких состояний несколько раз наблюдались припадки эпилептического характера с последующим изменением сознания. Однажды вечером больной неожиданно набросился на санитарку и начал душить ее, а затем в течение ночи у него наблюдалось три эпилептических припадка.

Из беседы по поводу правонарушения выяснилось, что воспоминания об этом периоде почти полностью сохранились. В поликлинику пошел потому, что было плохое состояние, не находил себе места, а затем совсем «разболелся».

Дано заключение, что испытуемый страдает эпилепсией с частыми припадками и выраженными изменениями со стороны психики; инкриминируемое ему правонарушение совершено в болезненном состоянии (в период дисфории) и поэтому больного следует считать невменяемым и подлежащим направлению на прикудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа.

Из приведенного описания видно, что у больного с раннего возраста наблюдались эпилептические припадки с сумеречными состояниями, бессмысленным блужданием, с последующей амнезией. Кроме того, были резко выраженные приступообразные расстройства настроения с тоскливостью и страхами. Расстройства настроения возникали у больного иногда в качестве предвестников припадка, после припадка или взамен его. В эти периоды больной бывал резко возбужден, раздражителен. Жестокое и безмотивное по характеру действие больной совершил в период глубокого расстройства настроения.

У некоторых лиц, страдающих эпилепсией, при тяжелом течении заболевания, как уже отмечалось, наступают стойкие эпилептические изменения личности и эпилептическое слабоумие. Больные становятся мелочными, педантично аккуратными, грубыми и придирчивыми, раздражительными и вспыльчивыми, склонными к агрессии, злопамятными и мстительными. Наряду с этим они бывают льстивыми, подобострастными, излишне до приторности услужливыми. Мышление их становится замедленным, вязким, тугоподвижным, конкретным по содержанию, речь тягучая, многословная, в разговоре больной излишне подробно

останавливается на незначительных мелочах, часто употребляет уменьшительные и ласкательные имена. Критика больного снижается, он не в состоянии отделить существенное от несущественного и раздражается, когда его перебивают. Такие больные заняты собой и своим здоровьем. Память у них заметно ослабевает, круг интересов сужается, утрачиваются школьные знания и профессиональные навыки, снижается сообразительность.

Приведем описание больного с эпилептическим слабоумием и со склонностью к застреванию аффекта.

30. Г., мужчина, 44 лет, обвинялся в убийстве заведующего топливным складом, где обвиняемый служил сторожем.

В школе учился плохо, затем работал на кожевенном заводе. В возрасте 30 лет впервые появились припадки, которые возникали внезапно, сопровождались судорогами, потерей сознания, прикусыванием языка, непроизвольным мочеиспусканием, с последующим сном. В дальнейшем наблюдалось один-два припадка в месяц. С появлением припадка больной стал вспыльчивым, деспотичным, мстительным, появились расстройства настроения, совершенно не выносил никаких противоречий. Последние 10 лет не работает. Участились конфликты с окружающими, неоднократно помещался в психиатрические больницы, куда направлялся в состоянии возбуждения.

С целью увеличить пенсию, стал работать сторожем дровяного склада, скрыв инвалидность. Заведующий складом узнал об этом и предложил Г. перейти на другую работу. Между ними возник спор, и испытуемый решил расправиться с заведующим, убить его. С этой целью он пошел в магазин и купил сапожный нож, предварительно спросив у продавца, можно ли им зарезать человека. Тот, приняв вопрос за шутку, рассмеялся. На улице он попросил точильщика наточить нож получше, так, «чтобы можно было зарезать человека». Точильщик также принял это за шутку. Затем Г. с ножом прибежал в контору и убил заведующего, нанеся ему несколько ножевых ран. Ударом ножа в грудь пытался покончить с собой. Окровавленный побежал домой. Собравшиеся на шум люди сначала ничего не могли с ним сделать, он был возбужден и агрессивен, и только потом удалось отправить Г. в отделение милиции.

При обследовании во время экспертизы со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Зрачки равномерные, правильной формы, реакция на свет сохранена, правый лицевой нерв ослаблен, язык при высовывании слегка отклоняется вправо, коленные и ахилловые рефлексы равномерны. На шее и на груди зажившая резаная поверхностная кожная рана.

За время пребывания в институте наблюдалось несколько типичных эпилептических припадков с судорогами, посинением лица, обильным выделением слюны, отсутствием реакции зрачков на свет. После некоторых припадков наблюдалось сумеречное состояние, длившееся в одном случае около суток: испытуемый не ориентировался в окружающем, был возбужден, проявлял бредовое отношение к врачу. В остальное время, вне припадков, испытуемый правильно ориентировался в месте, времени и в собственном положении, охотно сообщал о себе сведения, был доступен, мысли излагал обстоятельно. Временами был аффективно напряжен, злобен, тосклив. «Чувствую, — говорил он, — на душе какую-то тяжесть, которая давит меня до сильной боли». Интеллект испытуемого снижен, память ослаблена, счет в уме затруднен. Предъявлял много соматических жалоб, жаловался на боли в области желудка, сердца. О правонарушении рассказывал подробно со всеми

деталями. Вспоминая об убитом, говорил: «Ему нужно было бы меня не раздражать, у меня ведь нерв такой, который все перекрывает».

Экспертной комиссией Г. признан страдающим эпилепсией с грубыми изменениями личности и в отношении инкриминируемого правонарушения невменяемым; по психическому состоянию нуждается в длительном принудительном лечении в психиатрической больнице.

В данном случае речь идет о больном, обнаруживающем значительные изменения личности в форме эпилептического слабоумия со склонностью к аффектам гнева и злобы. Убийство совершено не в период припадка. Невменяемым признан потому, что личность больного глубоко и грубо изменена по эпилептическому типу.

Причиной эпилептического слабоумия является прогрессирующая гибель нервных клеток в мозгу.

Слабоумие наступает не у всех страдающих эпилепсией. Известны лица, страдавшие эпилепсией и, несмотря на болезнь, сохранившие работоспособность, высокий уровень интеллекта и творческие способности в течение всей своей жизни.

Лечение при эпилепсии состоит в применении некоторых медикаментозных средств (бром, люминал, атропин, хлорал-гидрат и другие). Большое значение имеет специальная диета (молочно-растительная) и полный отказ от алкогольных напитков. Путем медикаментозного лечения и соблюдения диеты удается уменьшить частоту и силу эпилептических припадков, иногда на длительный промежуток. Стойкие изменения личности у эпилептиков лечению поддаются плохо.

Эпилепсия — хроническое заболевание, однако тяжесть и глубина его разная. Поэтому наличие эпилепсии у совершившего преступление не обязательно влечет за собой невменяемость. Страдающие эпилепсией без глубоких изменений личности, совершившие преступление в обычном состоянии, а не в период болезненного приступа, как правило, признаются вменяемыми, поскольку они в тот период могли руководить своим поведением и отдавать отчет в своих действиях.

Общественно опасные деяния, совершенные в период приступа, не считаются преступлением и поэтому не могут быть вменены в вину больному. Чаще всего подобные деяния направлены против жизни и здоровья других лиц, а также против общественного порядка. Отличаются эти деяния особой жестокостью и сопровождаются нанесением множества ран жертве или большими разрушительными действиями вокруг. Внешний вид и поведение больных в тот период необычные, с признаками расстроенного сознания. Больной не пытается скрыться и нередко тут же засыпает, а проснувшись не помнит о происшедшем.

Поэтому для решения вопроса о том, было или не было в период совершения преступления сумеречное состояние, исключительную ценность представляет описание обстановки и сведения, собранные следствием от очевидцев сразу после происшедшего. В свидетельских показаниях должно быть отображено все, что касается внешнего вида, поведения, мимики, жестикуляции, движений, речевой продукции обвиняемого перед преступлением, в период совершения и после него. Необходимо выяснить, не явилось ли деяние бесцельным и бессмысленным актом, не было ли признаков, свидетельствующих о расстройстве сознания,— бессмысленного бормотания, выкриков, блуждания, и к какому периоду относится начало расстройства, не было ли последующего сна и через какой промежуток времени после преступления он наступил, а также выяснить, что больной помнит из происшедшего. Должно быть установлено также, не страдал ли обвиняемый в прошлом припадками и какими. Невменяемыми могут быть признаны больные с частыми эпилептическими припадками.

Значительные трудности представляет разрешение вопроса о вменяемости при эпилептическом изменении личности и слабоумии. Решающим здесь является определение глубины возникших изменений. Иногда на первый взгляд может сложиться впечатление о наличии у больного глубокого слабоумия. В дальнейшем, однако, при обследовании в психиатрическом стационаре, это впечатление не подтверждается и больной оказывается не настолько слабоумным, чтобы не мог руководить своими действиями и отдавать в них себе отчет. Для решения поставленного вопроса важны сведения о поведении больного до совершения преступления, в обыденной обстановке, в быту, в семье и на производстве.

Больные, страдающие эпилепсией и признанные невменяемыми, как правило, представляют выраженную опасность для окружающих и поэтому нуждаются в принудительном лечении. Особенно опасны те из них, у которых часто возникают сумеречные состояния с бредом и галлюцинациями, переживаниями страха, повышенной склонностью к аффектам гнева, агрессивным поведением.

Наличие эпилепсии не всегда лишает способности больных давать свидетельские показания. Не могут быть свидетелями только лица с резко выраженным эпилептическим слабоумием, которые в силу психических недостатков не способны правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильное показание.

В психиатрической больнице во время работы в саду между рабочими возникла драка, один из принимавших участие в драке получил тяжелые побои, приведшие к смерти. Очевидцами происшедшего было двое служащих

больницы и работавшие в саду трое больных. Поскольку трое больных находились в психиатрической больнице на излечении, возникла необходимость в экспертизе.

Результаты экспертизы следующие: в отношении больного, страдающего параноидной формой шизофрении, было дано заключение, что он не может быть привлечен в качестве свидетеля, в отношении двух остальных, страдающих эпилепсией с признаками незначительного эпилептического изменения личности, дано заключение, что они могут принимать участие в суде и давать свидетельские показания.

Следовательно, при решении вопроса о способности больного эпилепсией быть свидетелем и давать показания в суде важно установить степень и глубину изменений личности больного. Наличие припадков само по себе не лишает страдающего эпилепсией возможности давать свидетельские показания. Только глубоко слабоумные не могут быть свидетелями.

Самооговоры среди страдающих эпилепсией наблюдаются редко. Чаще встречаются оговоры, сочетающиеся с сутяжным поведением. Некоторые лица, обнаруживающие эпилептическое слабоумие, пишут заявления в учреждения, жалуются на врачей, которые якобы считают их симулянтами и не хотят вылечить, на соседей, которые якобы издеваются над ними, на продавцов магазинов, которые грубо обходятся с ними, на представителей милиции. Заявления по содержанию и форме свидетельствуют о слабоумии их авторов.

Трудной является экспертиза лиц, отбывающих наказание в местах заключения и страдающих эпилепсией.

Эпилепсия не всегда является основанием для досрочного освобождения от наказания из мест лишения свободы. Могут быть освобождены те лица, у которых припадки участились уже в местах заключения или изменился их характер, появились, например, сумеречные состояния с блужданием, которых не было раньше. Нужно иметь в виду возможность у страдающего эпилепсией учащения припадков, изменения их характера, ухудшения общего состояния в связи с создавшейся для них ситуацией. Экспертное заключение в этих случаях может быть дано только в результате стационарного наблюдения.

Так как эпилептическая болезнь течет длительно, то хронические изменения обычно наступают не сразу. Поэтому трудно допустить, чтобы у лиц, находящихся в местах заключения непродолжительное время, могло развиться слабоумие. Если осужденный действительно обнаруживает слабоумие, можно предположить наличие ошибки, допущенной в стадии следствия и разбирательства в суде. Очевидно, в таких случаях психиатрическая экспертиза не была проведена или эксперты не смогли найти у больного глубоких эпилептических изменений личности.

Вопрос о дееспособности при эпилепсии возникает не так редко. Недееспособным может быть признано только лицо с выраженным эпилептическим слабоумием. Всякого рода споры возникают обычно в случаях, когда лицо, обнаруживающее эпилептическое слабоумие, заключило сделку, которая, как потом оказывается, ставит больного в невыгодные условия. Естественно, что подобного рода сделка должна считаться недействительной, а больные — нуждающимися в опеке.

При наличии эпилептических припадков, протекающих без значительных изменений личности, нет основания делать вывод о недееспособности.

Глава 26

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Диагноз маниакально-депрессивного психоза ставят относительно редко. Нечасто это заболевание встречается и в судебно-психиатрической экспертной практике.

Маниакально-депрессивный психоз в типичных случаях выражается в чередовании маниакальных и депрессивных состояний, протекающих в виде болезненных фаз с периодами нормальной психической деятельности между ними.

Маниакальная фаза психоза характеризуется тремя основными признаками: 1) повышенным настроением, 2) ускоренным течением психических процессов и 3) психомоторным возбуждением.

Маниакальное возбуждение отличается ярко выраженным повышенным самочувствием, возникающим без видимой причины. Приподнятое настроение накладывает отпечаток на все поведение таких больных, все события они воспринимают с радостью, всем довольны. При ясном сознании и полной ориентировке больные непрерывно находятся в движении, на одном месте не сидят, суетятся, во все вмешиваются, так или иначе откликаются на происходящее вокруг, излишне болтливы, без устали говорят, громко смеются, поют, танцуют, обнаруживают хорошую наблюдательность, делают меткие замечания, склонны к шуткам, бывают остроумны, хвастливы, переоценивают свои силы и способности, считают себя гениальными, носятся с разными планами и проектами.

Их влечения повышены, больные становятся сексуально возбудимыми и распущенными, ведут разговоры эротического содержания, женщины становятся излишне кокетливыми, прихорашиваются, ищут любовных приключений.

Мимика подвижная, выразительная, глаза блестящие, лицо всегда возбужденное, раскрасневшееся.

Находясь в маниакальном состоянии, больные в поисках новых впечатлений, переезжают с места на место.

Так, девушка, страдающая маниакально-депрессивным психозом, в период очередного маниакального приступа, не имея средств, совершала путешествия: была в Воронеже, Ростове, на Кавказе, в Сталинграде, ночевала на вокзалах. В Москву приехала, чтобы «побывать в зоопарке и в опере,

повидать танцующих балерин». Чувствовала себя в тот период «особенно хорошо», у нее «все ладилось», «ничто не казалось трудным», ходила по ресторанам, пела частушки, питалась чем попало и в конце концов была задержана за нарушение паспортного режима.

В период проведения экспертизы маниакальное состояние больной сменилось депрессией, она стала вялой, много лежала в постели, тяжело вздыхала, высказывала идеи самообвинения, появились мысли о самоубийстве, моторика стала резко заторможенной, голос глухой, ответы односложные.

Иногда возбуждение больных достигает крайней степени и они становятся особенно агрессивными и неистовыми. Состояние психомоторного возбуждения И. П. Павлов объяснял «буйством» подкорки.

Переоценка собственной личности достигает иногда выраженной степени и носит характер бредовых идей величия, которые обычно не содержат нелепых утверждений, а относятся к области возможного и высказываются больным как бы шутя. Эти бредовые идеи нестойки, и при подробных расспросах больные могут отказаться от них.

Мышление при маниакальном состоянии ускоренное, ассоциативные процессы облегчены, больной говорит стихами, прибаутками, рифмует. Это можно видеть при ассоциативном эксперименте, по условиям которого подэкспертный в ответ на слово, произнесенное экспериментатором, должен ответить другим словом.

Больной при маниакальном состоянии отвечает так: на слово «дом» — «везде хорошо, а дома лучше, Вавилон, содом, публичный дом»; на слово «сильный» — «любовь законов всех сильней, сильнее кошки зверя нет, сильный слабого не бьет»; «писать» — «и пишет боярин всю ночь напролет, перо его местью дышит, а дон-Померанцо сидит все и пишет»; «правый» — «иногда правый, стоящий справа, бывает неправ, а левый прав, стоять правым не значит еще быть правым» и т. д.

Ответы больного многословны. На каждое слово отвечает целой тирадой. Преобладают ассоциации по созвучию и в меньшей степени по внутреннему смыслу, переходы от одной фразы к другой поверхностны и облегчены.

Нередко мышление приобретает настолько ускоренный характер, что больные оказываются не в состоянии последовательно изложить свои мысли, в результате чего одна мысль как бы наскакивает на другую, речь становится торопливой и почти бессвязной. Это так называемая «скачка мыслей». Вести планомерную беседу с больными невозможно. Нередко у них обостряется память, их внимание неустойчиво и легко отвлекаемо.

В период маниакальной фазы больные спят мало и тревожно. У них наблюдается падение веса тела. За некоторое время до выздоровления вес тела, как правило, снова повышается.

Депрессивная или **меланхолическая** фаза маниакально-депрессивного психоза по признакам противоположна маниакальной.

Для депрессивной фазы характерно подавленное настроение, замедленность интеллектуальных процессов и психомоторная заторможенность. Больные в состоянии депрессии жалуются на плохое настроение, тоску, тревогу, физическое недомогание, общую слабость, головные боли, повышенную утомляемость, плохой аппетит.

Иногда у больных появляются выраженные бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, греховности и идеи ипохондрического характера. Больным кажется, что с ними и с их семьями должно произойти какое-то несчастье, что они грешники, никчемные люди, не в состоянии справиться с привычной работой, приписывают себе ряд преступлений, вспоминают незначительные эпизоды из своей жизни и рассматривают последние в качестве тяжких проступков. Считая себя провинившимися перед семьей и обществом, недостойными внимания и заботы, больные отказываются от еды, наносят телесные повреждения, покушаются на самоубийство, иногда убивают близких родных с целью избавить их от якобы грозящих мучений. Это так называемое расширенное самоубийство.

Чтобы осуществить намерение, ослабить надзор в больнице или наблюдение в семье, больные нередко диссимулируют, скрывают болезненные переживания. Выйдя из больницы, они кончают жизнь самоубийством, проявляя при этом большую изобретательность.

Течение психических процессов у таких больных заторможено, мышление и речь замедлены, говорят они тихим голосом, выражение лица скорбное, осанка согбенная, движения сведены к минимуму.

Состояние заторможенности может достигнуть полной неподвижности и тогда оно носит характер ступора (*депрессивный или меланхолический ступор*).

В депрессивной фазе так же, как и в маниакальной, наблюдается ряд функциональных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы (повышение кровяного давления, учащение пульса), дыхания, слюноотделения (появляется сухость во рту), кишечника (возможны запоры).

Длительность маниакальных и депрессивных фаз различна. Обычно каждый приступ длится от нескольких месяцев до года и больше. Светлые промежутки бывают более длительные, чем болезненные фазы. Чередование болезненных фаз и светлых промежутков не у всех больных одинаково: у одних наблюдаются только маниакальные фазы, у других, наоборот, депрес-

сивные, у одних приступы заболевания возникают редко, у других — часто и с минимально короткими светлыми промежутками.

Течение маниакально-депрессивного психоза благоприятно в том смысле, что болезненная фаза рано или поздно заканчивается выздоровлением. К заметному снижению интеллекта приступы болезни не ведут. Так же, как и до заболевания, у больных сохраняется критическое отношение к своему состоянию и к окружающей действительности.

Маниакально-депрессивный психоз наблюдается чаще у женщин, чем у мужчин.

Возникновению болезненного состояния и отдельных его фаз нередко предшествуют психические переживания и соматические заболевания.

31. К., женщина, 32 лет, за последние девять лет привлекалась к уголовной ответственности восемь раз, обвинялась в хулиганстве, краже, мошенничестве, в нарушении паспортного режима.

Она окончила пять классов средней школы, затем в течение пяти лет работала вагоновожатым, а последнее время шофером на легковой машине. По характеру всегда была бодрой, жизнерадостной. 19 лет вышла замуж, но вскоре разошлась. Разрыв с мужем переживала сначала тяжело. Затем тоска сменилась подъемом настроения, больная стала вести себя неправильно, была возбуждена, пела, смеялась, снимала штукатурку со стен и ею пудрилась. В таком состоянии впервые была помещена в психиатрическую больницу, где находилась в беспокойном отделении и при улучшении психического состояния выписана с диагнозом «маниакальное состояние».

В дальнейшем у К. еще несколько раз возникали состояния возбуждения и каждый раз она помещалась на короткий период в психоприемник, где была требовательной, шумела, отнимала пищу у других больных. Настроение ее в тот период было неустойчивым, потом она становилась вялой, малоподвижной, о себе не заботилась, не умывалась.

Впервые К. поступила на экспертизу в связи с обвинением в хулиганских действиях: в квартире беспричинно приставала к соседке, которой нанесла побои, устроила дебош, кричала, ругалась.

Во время экспертизы испытуемая вначале была возбуждена, отвлекаема, легко переходила от беспричинного смеха к слезам, бросалась целовать врача, эротична, требовала отпустить ее домой, угрожала расправой за задержание, речь была быстрой, затем состояние больной изменилось, она успокоилась, большую часть времени находилась в постели, лежала молча. Иногда без достаточного повода становилась грубой, агрессивной, цинично всех бранила, начинала плакать и жаловаться на то, что она похудела, что ее хотят здесь уморить, «загнать в могилу».

После экспертизы К. направили в больницу для лечения на общих основаниях, где вскоре она начала вести себя правильно, критически относиться к перенесенному заболеванию. Выписана в хорошем состоянии. Начала работать шофером.

Спустя полгода испытуемая снова привлекалась к уголовной ответственности за кражу: угнала машину, принадлежащую строительной организации, двое суток разъезжала на ней и затем пыталась уехать на фронт. Вскоре после ареста была направлена на экспертизу, во время которой находилась все время в движении, громко разговаривала, смеялась, вскакивала на

стулья, столы, проделывала акробатические упражнения, была цинична. Обнаруживала повышенную самооценку.

На этот раз также признана невменяемой, как совершившая правонарушение в состоянии выраженного маниакального возбуждения, и была направлена в больницу.

После больницы уехала в деревню и там чувствовала себя хорошо. Затем опять появилось «веселое состояние», приехала в Москву и стала вести неупорядоченный образ жизни. Однажды в таком состоянии познакомилась на улице с мужчиной, пригласила его к себе и украла находившуюся при нем значительную сумму денег. При задержании уверяла, что с мужчиной была знакома и раньше, что в день встречи он ее напоил вином, а деньги принадлежат ей.

К. снова признана невменяемой. Пять месяцев находилась в психиатрической больнице на принудительном лечении. В дальнейшем К. совершала еще несколько краж и каждый раз в маниакальном состоянии. В те периоды она была чрезвычайно подвижна, суетлива, возбуждена, развязна, легко вступала в контакт, говорила повышенным голосом, к своему состоянию относилась без критики, переоценивая способности.

В светлом промежутке К. работала шофером на легковых машинах, проявляла внимательность, взысканий не имела. Однако подолгу на одном месте не удерживалась из-за возникающих маниакальных состояний, сменяющихся затем депрессией.

Из приведенного описания видно, что болезненные приступы маниакального типа возникали у больной эпизодически, сменяясь депрессией. Вне приступов больная вела себя правильно, рассудительно, хорошо работала. Большую часть правонарушений совершала в маниакальном состоянии, и ее признавали невменяемой. Приступы носили характер кратковременных эпизодов, из которых больная выходила иногда еще в период экспертизы.

Разновидностью маниакально-депрессивного психоза является циклотимия, при которой симптомы маниакальной и депрессивной фазы выражены неглубоко, двигательной заторможенности или излишней подвижности не наблюдается, и больные большей частью продолжают работать. Судебнопсихиатрическое значение циклотимии невелико. Лиц, совершивших опасное деяние в состоянии циклотимии, в большинстве случаев признают вменяемыми.

При лечении маниакально-депрессивного психоза применяют постельный режим, аминазин, наркотические средства, водолечебные процедуры и симптоматические средства.

Общественно опасные деяния больных в маниакальном состоянии обусловлены расторможенностью, суетливостью, переоценкой своей личности, преобладанием инстинктивных влечений. Эти больные причиняют беспокойство и хлопоты окружающим, шумят и скандалят в общественных местах, проявляют всякого рода домогательства. В связи с таким поведением они привлекаются к уголовной ответственности чаще всего по обви-

нению в хулиганстве, дебошах, нанесении оскорблений и побоев, в совершении развратных действий.

В связи с тем, что в депрессивной фазе наблюдается общее снижение деятельности, падение инициативы, заторможенность интеллектуальных и психомоторных процессов, больные в этом состоянии редко совершают проступки. Исключением могут явиться больные, которые совершают криминальный акт в состоянии взрыва тоски. В таком состоянии больные могут кончить жизнь самоубийством.

Совершившие опасное деяние в болезненной фазе признаются невменяемыми (см. наблюдение 17), в светлом промежутке — вменяемыми. Однако при коротких светлых промежутках больных следует рассматривать как страдающих тяжелым хроническим заболеванием с частыми обострениями болезненного состояния, и поэтому их следует признавать невменяемыми.

При маниакальном состоянии, возникшем в месте заключения, больных следует направлять на время приступа в больницу мест заключения. Это болезненное состояние, особенно если оно бывает редко и с большими светлыми промежутками, не всегда может служить основанием для досрочного освобождения.

Всякого рода сделки и договоры, браки, акты дарения, подписанные в период приступа маниакально-депрессивного психоза, не могут считаться действительными, а больные дееспособными.

Глава 27

ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Травмы головного мозга наблюдаются в быту, на транспорте, производстве и особенно часто в военное время в результате ранения черепа осколками снарядов, пулями, при ушибах всякого рода предметами и воздушной волной при взрывах.

Травмы мозга делятся в зависимости от тяжести на легкие, не оставляющие никаких последствий, и тяжелые — с глубокими психическими расстройствами, а по характеру самой травмы — на открытые и закрытые.

Открытые травмы сопровождаются нарушением целости костей черепа, вещества мозга и его оболочек.

При **закрытых травмах** целостность черепа не нарушается, но мозг, ударяясь о внутреннюю поверхность черепной коробки, повреждается.

Закрытые травмы мозга делятся на сотрясения (коммоции) и ушибы (контузии).

Психические нарушения могут возникнуть непосредственно при получении травмы, т. е. в остром, начальном периоде; по прошествии острого периода, а иногда и в отдаленном периоде — через несколько месяцев и даже лет.

В остром периоде, сразу же после травмы, особенно если последняя была сильной, наступает шок с глубокими расстройствами кровообращения, дыхания, обмена веществ и потерей сознания: больные лежат без движения с резко побледневшей кожей, покрыты липким потом, пульс слабый, зрачки расширены и не реагируют или слабо реагируют на свет. Такое состояние длится от нескольких минут до нескольких суток и может закончиться смертью. Иногда при шоке сознание сохраняется, но наблюдается угнетенность и полная безучастность больного к окружающему. При улучшении состояния исчезает оглушение, появляются просветления сознания, но больные еще некоторое время остаются вялыми, апатичными, жалуются на головные боли, наблюдается расстройство сна (плохо спят, тревожные сновидения или все время сонливы). В описанном состоянии наблюдаются иногда неврологические симптомы — повышение сухожильных рефлексов, неравномерность зрачков, ослабление их реакции на свет, неустойчивость при закрытых глазах, временная глухонемота, заикание.

Перечисленные характерные для острого периода явления через несколько дней или недель могут бесследно пройти, но могут сохраняться длительное время и выражаться в невротических проявлениях, астении, повышенной утомляемости, головных болях, забывчивости и даже в стойких органических симптомах.

В некоторых случаях в остром, а иногда и в так называемом **позднем периоде** наблюдается бурно протекающий кратковременный травматический психоз, сопровождающийся возбуждением, обильными зрительными и слуховыми галлюцинациями, отрывочными бредовыми идеями. Нередко психоз протекает в форме корсаковского синдрома с ретроградной амнезией.

Острый и поздний периоды травмы являются предметом судебнопсихиатрической экспертизы в виде исключения. Вопросы, подлежащие разрешению в таких случаях, своеобразны. Это видно на следующем примере.

Молодой человек угнал чужой мотоцикл, оставленный на улице без присмотра. Проехав метров 100, он на полном ходу наскочил на столб у обочины дороги, разбил мотоцикл и получил тяжелую травму черепа. Некоторое время находился в больнице в бессознательном состоянии. При улучшении психического состояния был подвергнут психиатрической экспертизе, которая обнаружила у него значительное снижение интеллекта, развившееся после травмы мозга, полученной при аварии. Было дано заключение, что больной нуждался в лечении в психиатрической больнице.

В данном случае эксперты должны были сказать, что обвиняемый в период преступления (кража мотоцикла) был вменяемым, а его психическое заболевание развилось после преступления. Направлению в больницу он подлежит из-за заболевания, развившегося уже после совершения преступления.

На судебнопсихиатрическую экспертизу чаще всего направляются лица, у которых болезненные проявления и опасное деяние относятся к отдаленному периоду после травмы мозга.

Остаточные явления травм мозга **отдаленного периода** принято делить на следующие виды: травматическая церебрастения, травматическая энцефалопатия, травматическая эпилепсия и травматическое слабоумие.

Травматическая церебрастения проявляется в невротических симптомах, жалобах на головные боли, повышенной утомляемости, снижении психической продуктивности, невыносливости к алкоголю и ухудшении состояния при инфекциях и переутомлении. Грубых органических симптомов не наблюдается, хотя давление спинномозговой жидкости может оказаться повышенным.

Травматическая энцефалопатия характеризуется стойкими изменениями в неврологической и физической сфере в виде парезов и параличей, тикообразных подергиваний, дрожания головы,

афазии (нарушение речи, выражающееся в неспособности произносить и понимать слова), заикании. Больные жалуются на головные боли, головокружения, у них возникает психическая истощаемость, повышенная утомляемость, расстройство сна, повышенная потливость, невыносливость к яркому свету и сильным звукам, к холоду и особенно к жаре, вспыльчивость, раздражительность, а иногда ничем не оправданный подъем настроения и эйфория.

У лиц с травматической энцефалопатией могут наблюдаться разнообразные истерические симптомы и истерические припадки. Последние обычно возникают не внезапно, как при эпилепсии, а после какого-либо внешнего повода и волнения, на людях, сопровождаются выгибанием туловища дугой, выкриками команды, переживанием сцен из фронтовой и боевой обстановки, с последующим плачем, возбуждением. Подобные припадки длятся значительно больше времени, чем при эпилепсии, — полчаса и более.

Иногда у лиц, перенесших травму мозга в отдаленном периоде, может наступить патологическое развитие личности, напоминающее картину психопатий. Такие лица становятся раздражительными, возбудимыми, эгоистичными, требовательными, часто вступают в конфликты с окружающими. У некоторых наблюдается переоценка своей личности. Они добиваются привилегий, конфликтуют, пишут жалобы, излагают в своих заявлениях необоснованные домогательства, а иногда у них развиваются даже отдельные бредовые идеи (посттравматическое параноическое развитие).

Травматическая эпилепсия возникает в связи с наступившими после травмы черепа грубыми изменениями в мозгу, в котором могут оказаться инородные тела (осколки снаряда, обломки костей), воспалительные явления мозга и его оболочек, рубцы на месте повреждения мозга. В одних случаях припадки могут быть полностью сходны с припадками обычной эпилепсии, в других они носят атипичный характер и выражаются в том, что судорожные сокращения захватывают только определенную группу мышц лица, конечностей; сознание при этом нарушается, но неглубоко и обычно следует за судорогами.

В связи с своеобразием припадков и их зависимостью от травмы мозга некоторые психиатры, в том числе и И. Ф. Случевский, говорят не о травматической эпилепсии, а о последствиях травмы головного мозга и предлагают обозначить их как эпилептиформный синдром травм мозга.

При наличии травматической эпилепсии без признаков выраженного слабоумия обвиняемые признаются большей частью вменяемыми, а осужденные, отбывающие наказание в местах

заключения, при наличии редких судорожных припадков, не подлежащими досрочному освобождению.

32. К., мужчина, 30 лет, осужден за кражу.

Окончил восемь классов средней школы, строительный техникум, работал строителем-прорабом. 10 лет назад в драке был избит, получил тяжелые ушибы головы, после чего у него появились судорожные припадки. Последние годы они повторяются три-четыре раза в месяц.

По настоящему делу К. был осужден после психиатрической экспертизы, признавшей его вменяемым. В месте заключения припадки участились. По наблюдению врачей они носили истерический характер.

При обследовании во время экспертизы не обнаружено каких-либо заметных отклонений со стороны внутренних органов и нервной системы.

К был в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и окружающем. Сведения о себе сообщал довольно последовательно и подробно, настроение пониженное, был раздражителен, легко возбудим, говорил плачущим голосом. При волнении легко краснел. Проявлял заботу о жене и сыне. Память не нарушена, интеллектуальные способности сохранены. Бреда и галлюцинаций нет.

В первое время пребывания на экспертизе в течение месяца у него наблюдалось восемь припадков. Они носили преимущественно истерический характер, возникали после волнения, сопровождались выкриками отдельных фраз, покраснением лица, плотным сжиманием век глаз, реакция зрачков на свет была сохранена. Изредка наблюдались также припадки эпилептиформного характера, которые возникали внезапно, сопровождались судорогами, длились 5—7 минут, реакция зрачков на свет отсутствовала. За последнее время припадки стали значительно реже.

Заключение экспертов: подэкспертный психическим заболеванием не страдает, а обнаруживает остаточные явления после перенесенной травмы головы со склонностью к истерическим и редким эпилептиформным припадкам, без существенных изменений со стороны психики; как не психически больной досрочному освобождению от отбывания наказания не подлежит. Далее в акте указано, что при учащении эпилептиформных и истерических припадков его следует на некоторое время помещать в психиатрическую больницу мест заключения, а вообще он трудоспособен, но не может быть использован на работах, связанных с пребыванием на высоте, у огня, около водоемов и у движущихся механизмов.

В приведенном случае обращает внимание то обстоятельство, что у больного наряду с истерическими припадками наблюдались типичные припадки травматической эпилепсии. Однако глубоких изменений личности и слабоумия не было, и поэтому больной первой экспертизой, проведенной в стадии следствия, был признан вменяемым, а второй экспертизой, которую он проходил уже после осуждения, было дано заключение о том, что он, несмотря на наличие припадков, досрочному освобождению от дальнейшего наказания не подлежит.

У больных с травматическим поражением мозга периодически могут возникать глубокие расстройства настроения (дисфории) и продолжительные сумеречные состояния сознания. В период сумеречного состояния они, подобно страдающим эпилепсией, бывают дезориентированы, проявляют психомоторное

возбуждение и неадекватные аффекты, стремление к бегству, склонность к насильственным и импульсивным действиям, бывают опасны как для окружающих, так и для себя. У таких больных, как и у страдающих эпилепсией, наблюдаются иногда страхи, являющиеся источником отрывочных бредовых идей. Длятся сумеречные состояния от нескольких часов до нескольких дней и сопровождаются последующей амнезией. Если опасное деяние совершено в таком болезненном состоянии, то речь может идти о невменяемости.

33. К., мужчина, 24 лет, обвинялся в том, что на улице без повода избил прохожего. По описанию свидетелей К. в тот период вел себя странно, производил впечатление больного, ничего не понимал, когда к нему обращались.

В годы войны находился в армии, был на фронте в качестве разведчика. Тогда же в рукопашной схватке был оглушен ударом по голове. Некоторое время находился в возбужденном состоянии, затем его эвакуировали в тыл и поместили в психиатрическую больницу. Здесь у него периодически наблюдались состояния возбуждения, беспокойное поведение и приподнятое настроение. После того как К. выписался из больницы работал чернорабочим.

Спустя три года снова был помещен в психиатрическую больницу, после пребывания в которой не работал, числился инвалидом.

После привлечения к уголовной ответственности по настоящему делу проходил экспертизу, которая установила, что лицо испытуемого несколько асимметрично, левая носогубная складка сглажена, зрачки равномерны, реакция на свет живая, конвергенция и аккомодация не нарушены, коленные сухожильные рефлексы живые и равномерные.

Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. Содержание белка в спинномозговой жидкости повышено (0,48‰), белковые реакции положительные.

Испытуемый в ясном сознании, правильно ориентируется в месте, времени и окружающем, доступен, охотно беседует с врачом, сведения о себе сообщает толково и последовательно, настроение большей частью подавленное, обеспокоен дальнейшей судьбой, скучает по семье, легко раздражается, вспыльчив.

За время пребывания на экспертизе несколько раз наблюдалось состояние измененного сознания с повышенным настроением, речевым и двигательным возбуждением, он много ходил по палате, беспрестанно говорил, был назойлив, обнимал и целовал больных и персонал, порывался куда-то бежать, сбрасывал с себя белье, оказывал сопротивление санитарам. Однажды, находясь в уборной, начал громко смеяться, затем плакать, медицинской сестре говорил, что видит перед собой сына в гробу.

В другой раз, сидя на кровати, стал размахивать руками, что-то шептал про себя. Затем лицо приняло злобное выражение, на вопросы не отвечал, стал бродить по палате, то улыбался про себя, то плакал.

Придя в сознание, неохотно отвечал на вопросы. Воспоминания о болезненном периоде смутные, отрывочные, говорит, что он как будто слышал чей-то голос, который приказывал ему раздеваться, бежать и т. д.

Экспертная комиссия дала заключение, что испытуемый страдает психическим заболеванием в форме органического поражения центральной нервной системы в результате перенесенной контузии мозга с периодически наступающими острыми психотическими состояниями, сопровождающимися расстройством сознания; инкриминируемое ему деяние совершил в болезнен-

ном состоянии; его следует признать невменяемым, по психическому состоянию подлежит направлению в психиатрическую больницу для принудительного лечения.

В процессе наблюдения обвиняемого в стационаре у него несколько раз возникали болезненные состояния, когда больной становился беспричинно злобным, бессмысленно блуждал по палате, сознание у него в тот период было неясным, воспоминания об этом были нечеткие. Кроме таких болезненных состояний, у обвиняемого наблюдались и истерические проявления (смех, плач, он видел сына в гробу). Отграничить истерические проявления очень важно, поскольку последние могут носить защитные тенденции.

Эксперты установили, что общественно опасное деяние обвиняемый совершил в болезненном состоянии. Основанием для данного заключения явилось наличие в период преступления болезненно измененного сознания и неправильного поведения: он не понимал обращенных к нему вопросов, вел себя странно, агрессивные действия его были беспричинны.

Общественная опасность больного в значительной степени обусловлена периодически возникающими сумеречными состояниями сознания, во время которых он бывает беспокоен, дезориентирован и агрессивен. Утяжеляет общественную опасность также повышенная раздражительность и возбудимость, наблюдаемые у него и вне расстроенного сознания.

Травматическое слабоумие наблюдается не у всех перенесших травму мозга, а только у тех лиц, травма у которых была тяжелой и течение заболевания носило неблагоприятный характер. У таких лиц после травмы психическое состояние может ухудшиться постепенно, ослабевает память на настоящее и прошлое, снижается интеллект, мышление становится замедленным; утрачивается запас знаний и жизненный опыт, появляется психическая истощаемость, больные утрачивают инициативу, становятся бездеятельными, круг их интересов сужается. Некоторые больные бывают злобными, гневными, вспыльчивыми, повышенно внушаемыми.

34. А., мужчина, 39 лет, обвинялся в хулиганских действиях, учиненных в нетрезвом состоянии.

В возрасте 24 лет получил травму головы, длительное время был без сознания, несколько месяцев находился на лечении в больнице с явлениями сотрясения мозга. Вскоре после выхода из больницы впервые наблюдался судорожный припадок с потерей сознания. Резко изменился характер, испытуемый стал раздражительным, не терпел возражений, часто жаловался на головные боли, у него отмечались немотивированные расстройства настроения. От военной службы был освобожден.

Два года назад находился на лечении в психиатрической клинике с диагнозом «травматическое слабоумие». После клиники привлекался к уголовной

ответственности по обвинению в спекуляции, проходил экспертизу и был признан невменяемым с диагнозом «травматическое поражение головного мозга с резкими изменениями со стороны психики». В продолжение шести месяцев находился на принудительном лечении в психиатрической больнице.

Через три месяца после выхода из больницы совершил преступление и был арестован.

При обследовании во время экспертизы установлено, что у испытуемого слева, в лобно-теменной, височной и затылочной областях черепа имеется значительный костный дефект. Внутренние органы без отклонения от нормы.

Нервная система: зрачки неравномерны, реакция на свет слабая, левая носогубная складка меньше выражена, чем правая, язык при высовывании отклоняется вправо, сухожильные рефлексы справа выше, чем слева, имеются грубые нарушения речи, затруднен подбор слов. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Испытуемый добродушен, целыми днями находится в движении, бесцельно расхаживает по палатам, охотно помогает персоналу по уборке помещения, добросовестно выполняет все поручения. С персоналом обращается запросто, фамильярно хлопает собеседника по плечу, обращается на «ты», внушаем, легко поддается чужому влиянию и уговорам. Не может запомнить своего врача, обращаясь к кому-либо из врачей, всегда осведомляется, не он ли его врач, смущенно с улыбкой говорит: «Вас много, все в белых халатах, запомнить не могу». Временами по незначительному поводу возбуждается, становится напряженным, взволнованно ходит по палате, выкрикивает что-то нечленораздельное, плачет, стучит кулаками по столу. После уговоров обычно быстро успокаивается. Прожорлив, неряшлив в одежде, беспокоится о жене и детях, часто спрашивает, почему к нему никто не приезжает, просит отпустить домой «копать картошку». При упоминании об уголовном деле возбуждается, начинает размахивать руками, плакать, заявляет, что на него «наговорили». Подробных анамнестических сведений о себе не сообщает, с трудом вспоминает некоторые события из своей жизни. Речь его бедна, с трудом подбирает слова, при разговоре усиленно жестикулирует. Жалуется на постоянные головные боли; память на прошлые события и способность к запоминанию снижена. Критическая оценка состояния и сложившейся ситуации недостаточная.

Заключение экспертной комиссии: испытуемый обнаруживает явления травматического поражения головного мозга с резкими явлениями слабоумия (травматическое слабоумие), вследствие которого руководить своими действиями и отдавать в них отчет не может; поэтому в отношении инкриминируемого правонарушения его следует признать невменяемым; в связи с тем, что испытуемый по психическому состоянию и характеру совершаемых им действий представляет опасность для окружающих и нуждается в длительном принудительном лечении в психиатрической больнице.

Слабоумие больного явилось следствием тяжелой мозговой травмы, оставившей грубые неврологические изменения. Само слабоумие выразилось в снижении умственных способностей, ослаблении критики, грубом нарушении памяти, изменениях эмоциональной сферы. У больного наряду с добродушием наблюдаются также аффективная возбудимость, раздражительность, злобность. Такие больные обычно представляют значительную опасность для окружающих, почему чаще всего направляются на принудительное лечение в психиатрическую больницу. Менее опасны больные с травматическим слабоумием, в поведении которых отмечаются апатичность, вялость, безразличие.

Как правило, у большинства лиц, перенесших травму черепа, наблюдается не ухудшение психического состояния, а, наоборот, постепенный регресс болезненных симптомов.

Наличие психических изменений само по себе не предрешает экспертных выводов.

Невменяемыми могут быть признаны только те лица, у которых в результате травмы наступили явления глубокого слабоумия. При оценке слабоумия следует быть крайне осторожным, так как в условиях экспертизы в связи со всякого рода психогенными наслоениями и истерическими включениями нередко может создаться впечатление о более глубокой степени слабоумия, чем оно есть в действительности.

Невменяемыми могут быть признаны также лица, у которых в период совершения общественно опасного деяния имело место сумеречное состояние сознания, наличие которого, глубина и характер определяются по уже установленным правилам.

В редких случаях могут быть признаны невменяемыми лица, совершившие деяние в период глубокого расстройства настроения (дисфории).

Наличие припадков при отсутствии слабоумия не исключает вменяемости лиц, перенесших травму мозга.

Состояние алкогольного опьянения у перенесших травму также не является основанием для невменяемости, хотя алкогольное опьянение у травматиков наступает быстро и протекает тяжело.

Из числа перечисленных больных, признанных невменяемыми, в принудительном помещении в психиатрическую больницу нуждаются те их них, которые обнаруживают аффективную возбудимость, взрывчатость, агрессивность и частые сумеречные состояния с автоматическими действиями.

Освобождению от отбывания наказания подлежат те заключенные, у которых в местах их содержания развилось травматическое слабоумие или участились припадки и утяжелился характер последних.

Некоторую сложность представляет экспертиза лиц, перенесших травму мозга и фигурирующих по делу в качестве потерпевших или свидетелей.

У этих лиц в отношении момента травмы, а иногда и в отношении некоторого периода до травмы, в памяти могут образоваться пробелы, заполняемые потом ложными воспоминаниями (псевдоримнисценции). Они в ряде случаев являются источником неправдоподобных свидетельских показаний. Однако при улучшении психического состояния воспоминания могут восстановиться (наблюдение 7).

Наличие болезненных состояний в результате травмы мозга — изменения или глубокого расстройства настроения — делает больных недееспособными в период заключения и оформления всякого рода сделок и договоров.

Известны случаи самоубийства лиц с травматическими и органическими поражениями мозга. Самоубийство в этих случаях совершается в состоянии дисфории или в результате депрессивной реакции на непереносимые и мучительные страдания, вызываемые органическим заболеванием мозга. Такие больные до самоубийства жалуются на упорные головные боли, ослабление памяти, «задумчивость», безотчетные страхи («должно произойти что-то нехорошее»). В работе они становятся рассеянными, страдают бессонницей, жалуются, что «лучше умереть, чем терпеть такие головные боли». При вскрытии трупа обнаруживают иногда трещины костей черепа, следы обширных кровоизлияний, рубцы на поверхности коры мозга.

Глава 28

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ И КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТЫ

Энцефалит — это воспаление головного мозга, возникающее в результате воздействия инфекции.

Энцефалит, вызываемый фильтрующимися вирусами и возникающий в виде эпидемий, называется **эпидемическим энцефалитом.**

Впервые он был выявлен в 1917 году австрийским ученым К. Экономо в период эпидемии, охватившей большинство стран Европы и Америки. Изучение рассматриваемого заболевания в последующем показало, что оно возникает не только в виде эпидемии, но и в единичных случаях.

Заболевание возникает чаще всего в молодом возрасте и выражается в разлитом воспалении серого и белого вещества и подкорковых областей головного мозга.

Начинается оно повышенной температурой, головными болями, головокружением, рвотой, иногда сопровождается расстройством сознания с возбуждением. В иных случаях заболевание протекает с невысокой температурой, без заметных симптомов, по типу гриппозного недомогания.

Типичным симптомом данного заболевания является расстройство сна, выражающееся то в упорной бессонице, то в повышенной сонливости. В остром периоде больные беспрерывно спят. Сон приобретает характер летаргического (длительной спячки), из-за чего эпидемический энцефалит называют летаргическим энцефалитом, а также «сонной болезнью».

Не менее типичными симптомами являются диплопия (двоение рассматриваемых предметов), нарушение конвергенции глазных яблок, приспущенные веки (птоз). Указанные характерные для острого периода симптомы большей частью сохраняются и тогда, когда заболевание перешло в хроническое.

Острый период эпидемического энцефалита почти не бывает предметом судебнопсихиатрической экспертизы, чего нельзя сказать о хроническом.

Через три-четыре недели после начала заболевания явления острого периода стихают и может наступить полное выздоровление. Однако нередко заболевание сразу же после падения

температуры и затухания острых явлений или после некоторого интервала психического здоровья переходит в хроническую форму с неврологическими нарушениями и стойкими изменениями психики, чаще всего приводящими к инвалидности.

Неврологические нарушения в хронической стадии эпидемического энцефалита носят обычно отчетливо выраженный характер. Среди многочисленных симптомов выделяются скованность движений, медленная походка, застывшая мимика лица и мелкое ритмическое дрожание конечностей, головы, туловища (явления паркинсонизма). При значительной скованности движений (поза куклы) в некоторых условиях может наступить кратковременная расторможенность: больной внезапно бросается к идущему трамваю и ловко вскакивает на ходу в вагон или, стоя в неподвижной позе в кругу танцующих, внезапно идет в пляс и ловко проделывает ряд па.

Обнаруживаемые в хроническом состоянии эпидемического энцефалита изменения со стороны глаз выражаются в неподвижно устремленном взоре, редком мигании, судорожных подергиваниях век, закатывании кверху глазных яблок, непроизвольных их подергиваниях при взоре вбок или кверху (нистагм). Зрачки у больных расширены, неравномерны, иногда реакция на свет понижена.

Кроме того, могут возникать отдельные параличи и парезы. Речь замедленная, монотонная, слова больные произносят с носовым оттенком и невнятно. Расстройство сна выражается в том, что они ночью спят плохо, а днем обнаруживают повышенную сонливость, засыпают в любом месте и в любой позе, стоя в очереди, на ходу во время прогулки.

В спинномозговой жидкости большей частью увеличено количество белка и клеточных элементов. Внутричерепное давление повышено.

Бывают и вегетативные нарушения: лоснящаяся кожа, увеличенная потливость, слюна выделяется в обильном количестве, рот переполнен ею. Больные чрезмерно жиреют или же резко худеют.

Все неврологические нарушения проявляются у одних больных в избыточных непроизвольных мышечных сокращениях, подергиваниях, дрожании (гиперкинетическая форма), у других — в заторможенности, скованности, ограничении движений, мелком дрожании рук и ног (гипокинетическая форма).

Психические нарушения в хроническом состоянии выражаются в замедлении всех психических процессов, снижении активности и изменении аффективной сферы. Для этого заболевания характерна расторможенность инстинктивных влечений, особенно пищевого и полового, в связи с ослаблением регули-

рующей и контролирующей функции коры над подкорковой областью.

Явления расторможенности заметно выступают у детей, перенесших энцефалит. Такой ребенок суетлив, все хватает, обычно дерзок и груб, жестоко истязает животных, лжет, выносит из дома вещи, прожорлив и эротичен.

Кроме того, у больных может наблюдаться насильственный смех, насильственные движения, навязчивые стереотипные действия.

Слабоумие при эпидемическом энцефалите наступает редко и в довольно поздних стадиях заболевания, сознание не нарушается, больные правильно оценивают свое состояние, память не изменяется, приобретенные навыки не утрачиваются, критика не снижается, бреда не бывает. Некоторые изменения обнаруживаются в эмоциональной сфере: больные беспричинно веселы, эйфоричны, иногда, наоборот, подавлены, плачут, испытывают страхи.

35. К., мужчина, 18 лет, обвинялся в краже. В возрасте восьми лет перенес инфекционное заболевание с высокой температурой, достигавшей 40°. Некоторое время был без сознания, затем много дней подряд спал. Через несколько месяцев после острых явлений болезни появилась слабость, а затем дрожание конечностей. Пытался учиться, но успевал плохо, окончил четыре класса. После смерти отца и матери некоторое время жил у бабушки, затем ушел из дома, разъезжал по разным городам, спал, где придется, еду выпрашивал, а иногда воровал. Во время «путешествий» был задержан и отправлен к родным. После совершения очередной кражи был направлен в психиатрическую больницу, где пробыл два года и переведен в детский дом. Отсюда К. бежал, снова разъезжал по городам и занимался кражами, но теперь, как заявил К., он крал не продукты, а занимался грабежами, снимал с прохожих одежду. Стал часто пить водку.

Последний раз испытуемый был задержан во время совершения карманной кражи у пассажира в метро. При задержании вырвался и угрожал броситься под поезд, если его арестуют.

При исследовании со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Лицо асимметрично, маскообразно, мимика бедная. Отмечается повышенная потливость и обильное выделение слюны. Речь с носовым оттенком и недостаточно внятная. Зрачки равномерны, реакция на свет сохранена, на конвергенцию — недостаточная, имеется парез левого лицевого нерва, редкое мигание век. Язык при высовывании резко уклоняется вправо. Наблюдается постоянное крупное дрожание верхних конечностей, особенно справа. Рефлексы коленные и с ахилловых сухожилий повышены, патологических рефлексов нет. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Испытуемый правильно, но недостаточно точно ориентирован в месте, времени и в своем положении. Во время беседы с врачом не прислушивается к вопросам, смотрит по сторонам, отвлекается, нередко грубо обрывает разговор словами: «Ну, довольно», «Не охота болтать», «Надоело разговаривать» и т. д. Часто бывает эмоционально напряженным, злобным; интеллект снижен, считает с ошибками, суждения поверхностны, примитивны. К своим поступкам относится без критики, иногда хвастливо и с самодовольством рассказывает выдуманные истории, в которых изображает себя «главарем

шайки разбойников». В отделении груб, назойлив, дерзок, прожорлив, плохо подчиняется режиму.

Заключение комиссии: подэкспертный обнаруживает остаточные явления перенесенного в детстве эпидемического энцефалита, со значительным слабоумием; как душевнобольной в отношении инкриминируемого правонарушения должен быть признан невменяемым; нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице с последующим призрением в психиатрической колонии.

У данного больного обнаружены грубые изменения личности, проявляющиеся в общей расторможенности, неупорядоченности поведения, отсутствии критики к своим поступкам, непоследовательность процессов суждения. По этим соображениям он и был признан невменяемым.

Подобного рода нарушения при эпидемическом энцефалите нередко укладываются в картину психопатоподобного состояния с явлениями отвлекаемости, аффективными разрядами, беспокойством и агрессией. Такие больные бывают опасны для общества.

У некоторых больных, перенесших эпидемический энцефалит, психические изменения могут проявляться в снижении активности, вялости, бездеятельности, а иногда в ипохондричности. Естественно, что эти больные обычно представляют меньшую общественную опасность и нуждаются главным образом в призрении в психиатрических колониях. Если они и совершают общественно опасные деяния, то преимущественно в результате неустроенности в быту и недостаточной заботы о них со стороны близких.

К числу сезонных энцефалитов, т. е. появляющихся только в определенное время года, относится клещевой энцефалит. Возникает он после укуса особого вида клеща, обитающего в таежных лесах. Заболевание наблюдается в период наибольшей активности клеща — весной и летом, почему его называют весенне-летним энцефалитом.

Первые симптомы заболевания появляются на 8—14 день после укуса. В начале заболевания появляются высокая температура, общая слабость, недомогание, головные боли.

При благоприятном течении после острого периода может наступить выздоровление. Иногда заболевание принимает хроническое течение с преобладанием неврологических симптомов (также параличи с атрофией шейных мышц, расстройством речи и затрудненное глотание). Наступают также заметные психические изменения, состояния легкой истощаемости, ослабление памяти, вялость, замедление психических процессов, колебания настроения, снижение инициативы, благодушие и в конечном счете слабоумие с резким ослаблением памяти, замед-

ленным и обстоятельным мышлением, с преобладанием инстинктивных влечений в поведении.

При тяжелом течении может наступить расстройство сознания, острый психоз с галлюцинациями и бредом и закончиться смертью.

Многие больные, перенесшие энцефалит, нетерпимы в обществе и в быту из-за резких изменений психики. Они совершают мелкие кражи, попрошайничают, конфликтуют, совершают действия сексуального характера, назойливы.

Обычно невменяемыми из числа таких лиц признают тех, которые обнаруживают глубокое слабоумие со снижением критики и нарушением процессов суждения, а также больные с явлениями расторможенности, импульсивности, двигательного беспокойства, повышенной суетливости, злобности, надоедливости, агрессивности.

Вопрос о применении того или иного вида медицинских мер решается не столько по неврологическим данным, сколько по характеру и степени изменений психики и поведения больного. Нарушение регуляции действий и импульсивности служит основанием для применения к невменяемым принудительного лечения, как представляющим значительную опасность для общества.

Основанием для постановки вопроса перед судом о досрочном освобождении заключенного, перенесшего энцефалит, может явиться только глубокое слабоумие и грубые изменения личности, которые, как правило, развиваются медленно и постепенно. Если же эти явления обнаружены сразу после осуждения, то можно думать об ошибке, допущенной при экспертизе, если она проводилась до суда. Заболевшие острой формой энцефалита в месте заключения нуждаются в лечении в больничных условиях.

Лица с отдаленными последствиями энцефалита не могут привлекаться в качестве свидетелей только при выраженном слабоумии. Однако следует учитывать некоторые психопатические особенности, свойственные лицам, перенесшим эпидемический энцефалит, лживость и склонность к вымыслам.

Недееспособными признаются только лица с явлениями слабоумия и грубыми изменениями личности в сфере влечения и регуляции поведения.

Глава 29

СИФИЛИТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое бледной спирохетой и передаваемое другим преимущественно при половом сношении.

У незначительной части лиц, в прошлом болевших сифилисом, плохо или вовсе не лечившихся, под влиянием еще до конца не выясненных причин спустя несколько лет после заражения возникает заболевание центральной нервной системы сифилитического характера в форме сифилиса мозга или прогрессивного паралича.

Психиатрические больницы царской России были заполнены больными, страдающими психозами в результате сифилитической инфекции.

В настоящее время количество таких больных незначительно и встречаются они все реже и реже.

В судебнопсихиатрической экспертной практике эти заболевания уже сейчас единичны. Снижение количества психозов сифилитического происхождения объясняется резким уменьшением заболеваний сифилисом в нашей стране и успешным его лечением.

Сифилис мозга обычно возникает на втором-пятом году после заражения сифилисом. При заболевании поражаются либо мозговые оболочки, либо сосуды мозга или же в мозгу образуются опухоли сифилитического характера (гуммы).

В начальных стадиях сифилиса мозга заболевание проявляется в головных болях, утомляемости, раздражительности, потере аппетита, плохом сне, подавленном настроении, некотором ослаблении памяти. Все эти проявления могут быть выражены не столь глубоко и укладываются в картину неврастении. При более глубоких изменениях может наблюдаться некоторая оглушенность сознания, психомоторное возбуждение.

Реакция Вассермана на сифилис в крови и в спинномозговой жидкости у больных нередко бывает отрицательной. При этом в спинномозговой жидкости могут быть обнаружены положительные белковые реакции и наличие клеточных элемен-

тов, свидетельствующих о воспалительных изменениях в мозговых оболочках и сосудах мозга.

Заболевание может протекать остро или развиваться медленно, а иногда приобретает стабильный характер.

Сифилис мозга большей частью хорошо поддается противосифилитическому лечению, после чего у больных исчезают перечисленные болезненные проявления и неприятные ощущения, в спинномозговой жидкости исчезают реакции, типичные для сифилиса. Поведение таких больных обычно бывает правильным, у них сохраняются профессиональные навыки и критическое отношение к болезни. Неврологические симптомы (вялая реакция зрачков, нарушения со стороны иных черепно-мозговых нервов) не влияют на общее состояние.

Лица, страдающие сифилисом мозга, за некоторым исключением практически считаются психически здоровыми людьми и в отношении совершаемых преступлений признаются вменяемыми.

36. П., женщина, 28 лет, обвинялась в убийстве гражданина М.

Окончила среднюю школу, затем училась в музыкальном училище, рано пристрастилась к алкогольным напиткам, вела беспорядочную половую жизнь. В возрасте 18 лет заразилась сифилисом, лечилась нерегулярно. Спустя четыре года после заражения находилась в венерологической больнице с диагнозом «сифилис нервной системы». Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости была резко положительной.

После проведенного противосифилитического лечения П. выписали из больницы и она работала в оркестре. Сильно злоупотребляла алкогольными напитками, перенесла несколько травм головы. Ее судили за кражу, и в течение года она отбывала наказание в местах заключения. Состоит на учете районного психоневрологического диспансера с диагнозом «сифилис мозга».

При обследовании во время экспертизы отмечается уплотнение печени (хронический сифилитический гепатит), неравномерные зрачки, вялая реакция на свет, лицевая иннервация асимметричная, коленные рефлексы повышенные, пошатывание туловища при закрытых глазах (симптом Ромберга). Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная, реакция Панди, Нонне-Апельта и другие в спинномозговой жидкости резко положительные, повышенное содержание белка, реакция Ланге — характерная для сифилиса мозга.

Испытуемая в ясном сознании, правильно ориентируется в месте, времени и окружающем. Во время беседы держится естественно, непринужденно, с готовностью отвечает на вопросы, сведения о себе сообщает охотно, достаточно подробно. Жалуется на частые головные боли, головокружения и некоторое снижение памяти. Со смущением сообщает, что за последнее время она по роду своей профессии, бывая на вечеринках, употребляла в больших дозах алкогольные напитки, по слабости характера не может отказаться от водки. Настроение неустойчивое, раздражительна, вспыльчива, временами оживлена, словоохотлива. Правонарушения не отрицает, подробно рассказывает о всех обстоятельствах, говорит, что с М. она пила водку, затем М. пытался якобы ее изнасиловать, оскорблял. Рассказывая об этом, волнуется, плачет. Каких-либо нарушений со стороны интеллекта не выявляется, суждения последовательны, логичны, критика не нарушена.

Заключение экспертизы: П. обнаруживает признаки заболевания центральной нервной системы в форме сифилиса мозга, без существенных изменений со стороны психики; в момент совершения убийства находилась в состоянии простого алкогольного опьянения; в отношении инкриминируемого преступления, совершенного не в болезненном состоянии, ее следует считать вменяемой.

В данном случае, несмотря на наличие заболевания, испытуемая все же была признана вменяемой, поскольку никаких сколько-нибудь заметных нарушений в психической сфере у нее не обнаружено.

В практике в отношении лиц, страдающих сифилисом мозга, вопрос о вменяемости разрешается именно так.

При сифилитическом поражении сосудов мозга могут наблюдаться кровоизлияния в мозг со всеми последствиями, присущими инсультам (параличи, нарушения речи). У некоторых больных наблюдаются эпилептиформные судорожные припадки. При выраженном слабоумии сифилитического характера больные, если они совершили общественно опасное деяние, признаются невменяемыми.

В отдельных случаях сифилис мозга с самого начала приобретает неблагоприятное течение, осложняясь сифилитическим психозом. Больные становятся благодушными, беспечными, критика к окружающему и к своему положению снижается, плохо разбираются в происходящих событиях, совершают нелепые поступки, иногда наблюдается изменение сознания, высказываются бредовые идеи величия, нарастает слабоумие. Это так называемая псевдопаралитическая форма сифилиса мозга. Иногда наблюдается преобладание бреда и галлюцинаций (слуховых и зрительных). Это так называемая галлюцинаторно-параноидная форма сифилиса мозга.

К сифилитическим заболеваниям относится также так называемая сухотка спинного мозга (табес), при которой болезненные изменения наступают преимущественно в спинном мозгу и проявляются в расстройстве чувствительности, отсутствии реакции зрачков на свет, нарушении сухожильных рефлексов нижних конечностей, пошатывании при закрытых глазах, появлении опоясывающих и стреляющих болей, приступообразных болей со стороны внутренних органов.

При наличии раздражительности, возбудимости, расстройств настроения, ипохондрических жалоб интеллект у таких больных не обнаруживает существенных изменений. Поэтому лица, страдающие сухоткой спинного мозга (табес), признаются вменяемыми. Исключением может явиться сухотка спинного мозга, к которой присоединяется так называемый табетический

психоз. У некоторых больных, страдающих сухоткой спинного мозга, возникают также явления, присущие прогрессивному параличу. Это так называемый табопаралич. И в том, и в другом случаях больные признаются невменяемыми.

Сифилис мозга, возникший у заключенных, отбывающих наказание, является основанием для постановки вопроса о досрочном освобождении только при злокачественном течении заболевания.

С незначительными изменениями психики, когда сохраняются профессиональные навыки и знания, при отсутствии нарушений мышления, бреда и галлюцинаций, он не может служить основанием для досрочного освобождения от наказания. При наличии у больного еще тлеющего сифилитического процесса, выражающегося в положительных реакциях в спинномозговой жидкости и изменениях со стороны нервной системы, необходимо проводить противосифилитическое лечение амбулаторно или в больнице мест заключения.

Признанные невменяемыми подлежат в большей части принудительному лечению, так как сами больные под всякого рода предлогами и из-за недооценки тяжести состояния уклоняются от систематического лечения.

Прогрессивный паралич — тяжелое заболевание, развивающееся обычно через 5—10 лет, а иногда и больше после заражения сифилисом. При прогрессивном параличе разрушается не только мозг, но и весь организм, о чем свидетельствуют изменения в печени и других внутренних органах. Кости становятся хрупкими, ссадины кожи не заживают, легко образуются пролежни и обильные подкожные кровоподтеки, наблюдался даже перелом ребер при кашле, бедра при одевании сапог.

Начальные симптомы прогрессивного паралича появляются незаметно и выражаются в рассеянности, повышенной раздражительности, небрежности в работе, головных болях, утомляемости, неряшливости в одежде. Уже в этот период больные иногда совершают бестактные, необдуманные, легкомысленные и даже опасные для окружающих поступки.

Один материально обеспеченный человек у всех на виду совершил бессмысленную и нелепую кражу (наблюдение 1); другой — на всю заработную плату и находившиеся у него общественные деньги закупил в магазине все детские игрушки и привез домой; третий, будучи кладовщиком управления спальных вагонов железной дороги, раздавал всем одеяла, простыни и другое государственное имущество.

В некоторых случаях подобные поступки впервые наводят окружающих на мысль о начинающемся психическом заболевании.

Спустя некоторое время больные начинают высказывать бредовые идеи, чаще всего нелепый по содержанию бред величия. Больные говорят о том, что они обладают большой физической силой, талантами, несметными богатствами. Один больной, например, говорил, что он одной рукой поднимает железнодорожный вагон, что он конструктор 1000 моделей самолетов. Такие больные обычно благодушны, настроение у них приподнятое, критика, особенно к состоянию своего здоровья, полностью отсутствует. Некоторые из них тупо и безразлично относятся к происходящему. Память обнаруживает глубокие провалы, прежний жизненный и профессиональный опыт утрачивается.

В письме у таких больных наблюдаются пропуски букв и слов, почерк становится небрежным, резко изменившимся.

При тщательном врачебном обследовании больного, даже на самых ранних этапах заболевания, обычно можно обнаружить отсутствие реакции зрачков на свет, дрожание век и языка, нечеткую, «смазанную» речь и спотыкание при произношении скороговорок «триста тридцать третья артиллерийская бригада», «сыворотка из-под простокваши» и т. п. Мимика у больных маскообразная, невыразительная. Иногда наблюдаются судорожные припадки.

Для рассматриваемого заболевания типичны: положительная реакция Вассермана в крови и в спинномозговой жидкости, повышенное содержание в спинномозговой жидкости белка, увеличение количества клеточных элементов.

Если больной не своевременно подвергается лечению, то психическое и физическое его состояние резко ухудшается, наступает психический распад, физическое истощение, маразм и смерть.

В одних случаях болезнь течет относительно медленно с нарастанием слабоумия (простая форма), в других на фоне слабоумия быстро нарастает двигательное возбуждение, повышенное настроение с прогрессирующим ухудшением физического состояния (экспансивная или маниакальная форма).

Если общественно опасные действия совершены больными в период, когда уже налицо были признаки заболевания, то они считаются невменяемыми.

37. П., мужчина, 31 года, обвинялся в краже чемодана. На экспертизу направлен в связи с неправильным поведением.

В школе учился хорошо, окончил 10 классов, во время войны был ранен в ногу, после демобилизации работал слесарем. Сифилисом заболел в годы войны, будучи в Германии.

За несколько месяцев до ареста стал груб и резок с родными, много говорил, стал неряшлив, с работы был уволен, как не справившийся с обязанностями. Однако дома уверял, что ушел с работы сам и скоро будет назначен главным инженером.

После ареста вел себя неправильно, много говорил, приглашал всех в гости, порвал нательное белье для того, «чтобы отнести его в прачечную», беспричинно смеялся, настроение было добродушное.

Во время обследования в период экспертизы П. был многословен, держался фамильярно, легко отвлекался, обнаруживал большую внушаемость, в собственной личности, месте и времени дезориентирован, высказывал нестойкие и нелепые бредовые идеи величия, называл себя «министром», «командующим первого, второго, третьего, четвертого, пятого, шестого фронтов», говорил, что «родился в 1925 году, в 1812 и в 1920 году», сейчас ему «28 лет, да еще 24 года, а всего тысячу лет». Заявляет, что находящиеся в палате больные — это все старые знакомые и родные. Своего врача-женщину называет «новой женой», собирается сделать ее генерал-лейтенантом медицинской службы, героем социалистического труда.

Белья не держит, неопрятен, физиологические надобности отправляет, не снимая кальсон, не может самостоятельно одеться, память грубо нарушена, не знает дороги из уборной в палату, не находит своей постели. Болезнь не сознает.

На теле множество незаживающих ссадин. Лицо маскообразное, зрачки неравномерные и неправильной формы, реакция зрачков на свет отсутствует, конвергенция глазных яблок ослаблена, резко выраженное дрожание пальцев рук, симптом Ромберга. Речь смазанная, скороговорки не удаются. Реакция Вассермана в крови резко положительная. В спинномозговой жидкости белка 0,48‰, лейкоцитов в 1 мм 210/3, реакция Вассермана резко положительная (++++), реакция Панди (+++), реакция Нонне-Апельта (++), реакция Ланге — типичная для прогрессивного паралича (6665543100).

Заключение: страдает психическим заболеванием в форме прогрессивного паралича, в отношении инкриминируемого ему правонарушения невменяем и нуждается в лечении в психиатрической больнице на общих основаниях.

Заболевание у описанного больного отличалось быстрым течением, в результате чего через относительно короткий срок испытуемый быстро деградировал, у него увеличивалось слабоумие, нарастала физическая слабость.

После прививки малярии и приступов высокой температуры у подэкспертного дальнейшее ухудшение психического состояния остановилось. Появилось ровное настроение, стал вежливым, корректным, бредовых идей не высказывал. Однако интеллектуальные функции продолжали оставаться все же со значительным дефектом.

Прогрессивный паралич, обнаруженный у лица, отбывающего наказание в местах заключения, является основанием для постановки вопроса о досрочном освобождении (см. наблюдение 13). Если прогрессивный паралич возник вскоре после осуждения, можно думать, что эти лица были больны и в период преступления, когда заболевание не было еще выявлено.

38. Б., мужчина, 41 года, два месяца тому назад был осужден к лишению свободы за избиение жены. Приговор вынесен без проведения психиатрической экспертизы.

В месте заключения он с первых же дней вел себя неправильно, отказывался от работы, дважды пытался совершить побег, по ночам пел песни, плясал, был груб и циничен.

Во время экспертизы Б. все время находился в двигательном и речевом возбуждении, был суетлив, груб, совершал целый ряд ненужных действий, последовательных сведений о себе сообщить не мог, обнажался, пытался есть свои испражнения, высказывал бред величия, считал себя «большим» человеком; «богатым», «певцом», «артистом», обладателем «многих талантов», «у него много золота». Легко возбуждался, но тут же успокаивался. Суждения его нелепы, непоследовательны, противоречивы, критика к создавшейся ситуации и своему положению отсутствует.

При обследовании физического состояния обнаружена неравномерность зрачков, вялая реакция их на свет, частичная атрофия зрительного нерва, неравномерные сухожильные рефлексы, речь нечеткая Реакция Вассермана в крови резко положительная, в спинномозговой жидкости резко положительная как реакция Вассермана, так и другие реакции (Нонне-Аппельта, Вейхбродта), реакция Ланге типичная для прогрессивного паралича, повышенное содержание белка.

Заключение экспертизы: Б. страдает психическим заболеванием в форме прогрессивного паралича, отбывать наказание не может, нуждается в срочном лечении в психиатрической больнице. В период совершения преступления был болен и невменяем.

В настоящее время прогрессивный паралич лечат прививкой малярии. Благоприятное воздействие на больных приступов малярии с высокой температурой объясняется мобилизацией защитных сил организма, в результате чего наступает гибель бледной спирохеты и дальнейшее течение психического заболевания приостанавливается. Для успешных результатов лечение следует начинать как можно раньше, когда болезнь еще не вызвала глубоких нарушений психики.

Наибольшие трудности возникают при экспертизе лиц, болевших прогрессивным параличом, которых лечили малярией и главным образом в случаях, когда лечение приводит не к полному выздоровлению, а лишь к частичному улучшению. Поэтому лица, которых начали лечить с опозданием, обычно обнаруживают глубокие психические изменения и признаются невменяемыми.

Только при наличии стойкого улучшения психики в течение двух-трех лет, при стойкой сохранности интеллекта, отсутствии признаков, свидетельствующих о дальнейшем течении болезненного процесса, при удовлетворительном физическом состоянии и исчезновении специфических для сифилитического заболевания реакций в крови и в спинномозговой жидкости можно делать вывод о вменяемости.

39. П., женщина, 59 лет, фельдшерица-акушерка, обвинялась в производстве абортов в антисанитарных условиях. В возрасте 17 лет болела сифилисом, лечилась нерегулярно. Спустя 20 лет после заражения сифилисом была помещена в психиатрическую больницу, где обнаруживала признаки прогрессивного паралича; провела курс лечения малярией, после чего П. выписали в состоянии неполного улучшения и перевели на инвалидность. Спустя два года после больницы впервые привлекалась к уголовной ответственности за производство абортов, признана невменяемой и находилась на при-

нудительном лечении. В дальнейшем с 1941 по 1947 год дважды привлекалась за аналогичные действия и всякий раз признавалась невменяемой с тем же диагнозом прогрессивного паралича. Несколько раз проводилось дополнительное лечение прививкой малярии. Последний раз после лечения реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости была отрицательной.

После привлечения к уголовной ответственности по настоящему делу ее снова направили на психиатрическую экспертизу. По полученным сведениям последнее время психическое состояние испытуемой значительно улучшилось, она самостоятельно вела домашнее хозяйство, рационально тратила деньги, опрятно одевалась, следила за текущей медицинской литературой.

Во время экспертизы, при беседе с врачом, волнуется, но стремится скрыть волнение несколько развязной манерой поведения, часто неестественно смеется, на вопросы отвечает с готовностью, несколько отвлекается описанием отдельных незначительных эпизодов. Заметно оживляется при упоминании о водке, заявляет, что «и сейчас бы не отказалась выпить». Жалуется на головные боли, настроение неустойчивое, слабодушна, легко плачет. В отделении общительна, подвижна, приветлива, принимает участие в общих беседах, с достаточной критикой относится к сложившейся ситуации, учитывает возможные последствия предъявленного обвинения.

При обследовании нервной системы обнаружена неравномерность зрачков, ослабленная их реакция на свет, живые сухожильные рефлексы. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная, белка в спинномозговой жидкости 0,16‰, лейкоцитов 4/3, реакция Ланге: 0112210000.

Заключение экспертизы: обнаруживает признаки прогрессивного паралича, неоднократно леченного малярией, в настоящее время находится в состоянии улучшения психического состояния (стойкая ремиссия), поэтому в отношении инкриминируемого правонарушения ее следует считать вменяемой.

Как утверждают некоторые психиатры, у многих болеющих прогрессивным параличом после лечения явления слабоумия значительно сглаживаются или даже сходят на нет.

Очень осторожно следует подходить к судебнопсихиатрической оценке лиц, перенесших прогрессивный паралич и которых лечили малярией, при решении вопроса об участии их в судебном процессе в качестве свидетелей. Такие вопросы иногда возникают.

40. Ч., мужчина, 48 лет, в прошлом болел сифилисом, затем у него был обнаружен прогрессивный паралич, в связи с чем лечился малярией, но без значительного успеха. После выписки из больницы занимался спекуляцией и перепродажей кровельного железа, признавался невменяемым и находился на принудительном лечении. Последний раз был направлен на экспертизу в качестве свидетеля по делу, связанному с хищением другим лицом кровельного железа. При обследовании обнаруживал грубые изменения личности, был вял, беспечен, занимался разработкой проекта вращающегося дома, в котором жильцы смогут находиться попеременно то на северной, то на южной стороне. Считал, что благодаря этому изобретению он скоро станет богатым и знаменитым. Память и критика резко снижены.

В заключении экспертизы указано, что подэкспертный не может быть привлечен по делу в качестве свидетеля в связи с грубыми изменениями личности и слабоумием.

Прогрессивный паралич, обнаруженный у осужденного в местах заключения, является основанием для досрочного

освобождения его от наказания и срочного проведения курса лечения в психиатрической больнице. Крайне важна ранняя диагностика заболевания и своевременное проведение лечения.

Лиц, заболевших прогрессивным параличом, нельзя считать дееспособными не только в тот период, когда заболевание приняло выраженный характер, но также их следует считать недееспособными и на некоторое время до появления ясных клинических признаков психического заболевания. Большие трудности может представлять разрешение вопроса о дееспособности лица, болевшего прогрессивным параличом и находящегося в состоянии относительного улучшения после лечения. Данный вопрос может быть разрешен индивидуально в каждом отдельном случае.

Наличие сифилиса мозга, не сопровождающегося психическими изменениями, не влечет за собой недееспособность.

Глава 30

СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Расстройства сосудистой системы разнообразны. Сюда относятся изменения кровяного давления, спазмы, закупорка, нарушение целостности кровеносных сосудов и ряд других явлений, а также общий артериосклероз и артериосклероз мозга[1].

Артериосклероз мозга чаще всего является выражением общего артериосклероза и наблюдается обычно в возрасте 50—60 лет, но иногда и в более раннем.

Возникновению артериосклероза способствуют длительно действующие психические травмы и переживания, соматические и инфекционные заболевания, интоксикации, излишества пищи, курение, малоподвижный образ жизни.

При артериосклерозе стенки артерий утолщаются и уплотняются в связи с отложением в них солей и других веществ, теряют эластичность, просвет кровеносных сосудов становится узким, мелкие сосуды нередко закупориваются совсем. В результате перечисленных изменений нарушается кровообращение мозга и понижается питание нервных клеток, мозг обеднен кислородом.

Психических изменений при артериосклерозе мозга может и не быть, или же они носят умеренный характер. Только в редких случаях нарушения психики бывают значительными.

Нарушения выражаются в повышенной утомляемости, рассеянности, снижении интересов и творческих возможностей. Больные жалуются на головокружения, головные боли, тяжесть в голове, шум в ушах, мелькание в глазах. Иногда жалобы приобретают ипохондрическую окраску. Эти больные обычно легко раздражаются, расстраиваются, плачут по незначительному поводу, тревожны, напряжены, настроение угнетенное. Сознание болезни у них полностью сохраняется. Переход от деятельного состояния к покою затруднен. После напряженной работы из-за перевозбуждения они не могут уснуть.

---

[1] Термин «артериосклероз» выходит из употребления, хотя еще применяется как суммарное понятие для обозначения атеросклероза (образование бляжек на внутренней оболочке артерий) и уплотнений стенок артерий иного происхождения.

Наиболее типичным симптомом является расстройство внимания и памяти. Выражаются они в неспособности запомнить недавние события при относительной сохранности воспоминаний о давно прошедшем. Нередко возникают спазмы сосудов, в связи с чем на время иногда нарушается сознание и расстраивается речь. В иных случаях возникают даже судорожные эпилептиформные припадки.

Под влиянием лечения, отдыха, а иногда и самопроизвольно дальнейшее течение заболевания может приостановиться и на некоторое время наступает улучшение психического состояния. Однако оно большей частью постепенно ухудшается и может достигнуть степени слабоумия.

Артериосклеротическое слабоумие выражается в глубоком нарушении памяти, эмоциональной неустойчивости, преобладании депрессивного настроения, неуживчивости с окружающими, снижении критики.

У отдельных больных наблюдаются так называемые артериосклеротические психозы, при которых больные становятся многоречивыми, суетливыми, бестолковыми, эгоистичными и вместе с тем беспомощными, состояния гневливости и возбуждения возникают по незначительному поводу, угнетенное настроение достигает степени выраженной депрессии, а в некоторых случаях приступы беспричинного страха и даже бредовые идеи ущерба, самообвинения, самоуничижения. Такие больные опасаясь, что их убьют, боятся выходить из дома, показываться людям. Нередко по болезненным побуждениям они пытаются покончить жизнь самоубийством.

Приступы артериосклеротического психоза почти всегда сопровождаются последующей амнезией, что связано с изменением сознания в период приступа психоза.

Артериосклерозу мозга обычно сопутствуют признаки увядания организма и общего одряхления, а также некоторые неврологические симптомы: узкие, иногда неравномерные зрачки, вялая реакция зрачков на свет, дрожание век, языка и конечностей, неустойчивость при закрытых глазах, резкое повышение сухожильных рефлексов. Кровяное давление, как правило, повышено.

41. Т., мужчина, 60 лет, обвинялся в растрате, произведенной в период работы в качестве заведующего палаткой рыболовных принадлежностей. На следствии Т. заявил, что часть денег он потратил на собственные нужды, а каким образом растратил остальные, понять не может.

Направлен на экспертизу в связи со значительными противоречиями в его показаниях и бестолковыми объяснениями по делу.

Т. рос здоровым, жизнерадостным ребенком, в школе учился плохо, рано начал работать в магазине мальчиком, а потом продавцом. В армии служил три года, затем работал заведующим магазином. С работой справлялся хо-

рошо. Был два раза женат, имеет ребенка. Алкогольные напитки употребляет с 35-летнего возраста, пьет много, употребляет суррогаты. Последнее время стал быстро пьянеть, раздражителен, вспыльчив. Появились частые головные боли, головокружения, рассеянность. Однажды наблюдалась кратковременная потеря сознания, было ощущение как будто бы куда-то провалился. Некоторое время после этого чувствовал слабость и трудно было говорить.

При обследовании во время экспертизы установлено, что Т. среднего роста, пониженного питания, мышцы слабо развиты, кожа дряблая. Тоны сердца глухие, границы расширены, легкие без отклонения от нормы, органы брюшной полости без изменения.

Нервная система: правый зрачок шире левого, реакция на свет вялая, реакция на аккомодацию и конвергенцию недостаточная. Правая носогубная складка сглажена, коленные рефлексы слегка повышены, равномерны. Отмечается дрожание пальцев вытянутых рук, век и языка, ходит мелкими шажками. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная.

Психическое состояние: испытуемый в беседу вступает охотно, о прошлом сообщает непоследовательно, многое не помнит, затрудняется при воспоминании отдельных важнейших событий, не может запомнить имени и отчества лечащего врача. Высказывания его бестолковы, сбивчивы. Жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, плохую память, головные боли. Жалобы носят ипохондрический характер, говорит, что у него «пульс останавливается», «дыхания нет», «все части тела болят».

Интеллект снижен, обвиняемый не понимает переносного смысла отдельных понятий, простые арифметические задачи решает медленно и с грубыми ошибками. Запас прежних знаний в значительной степени утрачен. В поведении суетлив, тревожен, назойлив, говорит о намерении покончить жизнь самоубийством.

Заключение экспертной комиссии: испытуемый обнаруживает признаки артериосклероза головного мозга со значительным снижением умственных способностей, достигающим степени слабоумия; в отношении инкриминируемого правонарушения испытуемого следует признать невменяемым; по состоянию здоровья может находиться на попечении родных и под наблюдением районного психиатра.

Изменения личности у больного выражены довольно значительно. Они проявлялись в рассеянности, слабодушии, суетливости, жалобах ипохондрического характера. У подэкспертного, кроме того, наблюдались головокружения и потеря сознания. Он был мало продуктивен в своей деятельности, умственные способности заметно снижены. Эти изменения развились у Т. попутно с нарастанием неврологических симптомов и соматического увядания организма. Подобное сочетание перечисленных симптомов типично для выраженных форм артериосклеротического слабоумия.

Следует отметить, что выработанные годами привычки и профессиональные навыки, манеры и форма поведения у таких больных обычно сохраняются длительное время, что может маскировать постепенное нарастание слабоумия. Внешне они могут производить впечатление психически здоровых. Только в новой, непривычной для них обстановке они обнаруживают грубые интеллектуальные изменения.

Необходимо учесть также склонность лиц с артериосклеротическими изменениями психики к легкому возникновению всякого рода реактивных наслоений психогенного характера. После возбуждения уголовного дела, ареста, пребывания в тюрьме психическое состояние их в связи с реактивными проявлениями может производить более тяжелое впечатление, чем оно есть в действительности.

У некоторых психогенные травмы являются толчком к резкому ухудшению психического здоровья, в дальнейшем приобретающего необратимый, стойкий характер. Последнее обстоятельство следует иметь в виду в отношении лиц преклонного возраста с явлениями артериосклероза, попадающих для отбывания наказания в места заключения, где они с трудом приспосабливаются к новым условиям. Для них переключение, как правило, вовсе невозможно и наступает своеобразная декомпенсация, в результате которой может возникнуть вопрос о досрочном освобождении от отбывания наказания.

Для борьбы с развивающимся артериосклерозом важно соблюдение режима, правильное чередование работы и отдыха, молочно-растительная диета и регулярный прием некоторых лекарственных препаратов (йод, витамины и др.).

При артериосклерозе мозга возникает иногда апоплексия или апоплектический инсульт, или так называемый «мозговой удар». Указанное заболевание выражается в разрыве кровеносного сосуда и последующем кровоизлиянии в мозг. Такая же картина заболевания наблюдается при закупорке артерии мозга тромбом — сгустком крови. Инсульт может быть следствием повышенного кровяного давления, физического перенапряжения, волнения и всякого рода эксцессов.

Болезненное состояние развивается внезапно, больной теряет сознание и падает как бы оглушенный ударом, лицо его делается красным, дыхание хриплым, нередко появляются мелкие судорожные подергивания в отдельных частях тела. Инсульт может кончиться смертью. Если же больной не умирает, то постепенно, через несколько часов или дней, он приходит в сознание и у него большей частью обнаруживаются явления гемиплегии: паралич половины тела, перекошенность лица, расстройство речи.

В дальнейшем при соблюдении режима и под влиянием лечения эти явления могут уменьшиться и вовсе пройти.

При тяжелом течении заболевания в связи с разрушением ткани мозга от сдавливания сгустком крови в некоторых случаях наступают стойкие неврологические нарушения и слабоумие.

Следует иметь в виду, что инсульт не обязательно влечет за собой значительные психические нарушения. Нередко он протекает легко с кратковременными, мимолетными нарушениями сознания, без заметных последствий в психической сфере. Возникающие после апоплексического удара нарушения речи, памяти, мышления могут постепенно восстановиться. Более того, расстройства речи после инсульта, если они остаются, не всегда сопровождаются психическими нарушениями. Моторная афазия, препятствующая больному правильно формулировать и выражать в словах мысли, еще не является показателем душевного заболевания. Только тяжелые формы послеинсультных хронических состояний влекут более или менее выраженное слабоумие, когда больные не в состоянии правильно руководить поведением и понимать значение совершаемых действий. Данное обстоятельство нужно иметь в виду при оценке психического состояния в период оформления гражданских документов и договоров[1].

Гипертония — повышенное кровяное давление, встречающееся при артериосклерозе, воспалении почек, а также в виде самостоятельного заболевания — гипертонической болезни. Наблюдается чаще всего в пожилом возрасте, в результате перенапряжения нервной деятельности, длительных эмоциональных переживаний, травм и других причин. Кровяное давление — максимальное (систолическое) достигает 200—220 мм ртутного столба и выше, минимальное (диастолическое) — 120 мм, что обозначается обычно 200/120. Нормальное давление изменяется в связи с возрастом и обычно бывает в возрасте до 20 лет около 120/70, 20—40 лет — 130/80, 40—60 лет — 140/90, а более 60 лет — 150/90.

Развивается гипертония медленно, течет в начале в виде приступов (криз) и проходит обычно несколько стадий, отличающихся тяжестью.

Вначале у больных временами в период подъема кровяного давления отмечаются головные боли, тяжесть в затылке, сердцебиение. При дальнейшем ухудшении появляются головокружения, шум в ушах, порой понижение слуха, чувство онемения в пальцах рук и ног, приливы крови к голове, плохой сон, быстрая утомляемость, подавленное настроение, падение зрения.

Среди многообразных картин гипертонической болезни есть форма с преобладанием нарушений со стороны центральной

---

[1] По данному вопросу см. Е. М. Холодковская. К вопросу о дееспособности больных с нарушениями речи после инсульта, «Проблемы судебной психиатрии», сб. VII, 1957.

нервной системы (церебральная форма). В психической сфере эти нарушения могут проявляться в виде неврастенической картины. Больные обнаруживают раздражительность, тревожность, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, снижение памяти. Иногда к указанным проявлениям присоединяются выраженный страх, опасения, тревога, и даже может развиться гипертонический психоз с бредовыми идеями. У иных больных, особенно после спазмов сосудов или кровоизлияния в мозг, наблюдаются кратковременные состояния оглушенности. В дальнейшем при особо тяжелом течении гипертонической болезни может развиться слабоумие, приближающееся к артериосклеротическому с преобладанием психической слабости, подавленного настроения, раздражительности.

Лица с артериосклерозом мозга и церебральной формой гипертонии без глубоких изменений психики, а также те, у которых имело место кровоизлияние в мозг без значительных психических нарушений, как правило, признаются вменяемыми. Невменяемыми признаются только лица с явлениями артериосклеротического, послеинсультного слабоумия и с артериосклеротическим и гипертоническим психозом, встречающимся относительно редко.

Артериосклеротическое слабоумие, развившееся в местах заключения, служит основанием для досрочного освобождения от наказания.

Только немногие больные, страдающие артериосклеротическим слабоумием, нуждаются в принудительном лечении (злобные и возбудимые). В большей части больные, в поведении которых преобладают вялость, малая активность, слабодушие и депрессия, совершившие не тяжкие деяния, подлежат лечению в психиатрических больницах на общих основаниях или же передаются на попечение родных и могут находиться в домашних условиях.

В связи с тем, что у лиц, страдающих артериосклерозом мозга, длительное время сохраняется критика, они могут выступать в качестве свидетелей и давать показания даже при наличии некоторых изменений личности. Однако при этом необходимо учитывать возможные ослабления памяти.

Вопрос о дееспособности при оформлении завещаний и актов дарения, совершаемых лицами с сосудистыми нарушениями мозга, возникает довольно часто и касается главным образом прошлого времени.

Так как экспертиза по вопросам дееспособности в основном производится посмертно, то медицинские документы и свидетельские показания о психическом здоровье завещателя имеют особо важное значение.

42. М., мужчина, в возрасте 70 лет, завещал вклады в сберкассе в пользу государства. Спустя три года после этого он умер. Жена возбудила ходатайство о признании завещательных записей недействительными в связи с тем, что при жизни муж в течение многих лет был психически больным и недееспособным.

Суд назначил посмертную судебнопсихиатрическую экспертизу. Из материалов дела видно, что завещатель работал портным, жил вместе с женой и сыном, заботливо и внимательно относился к семье.

В поликлинике М. находился под врачебным наблюдением последние 15 лет с диагнозом «общий артериосклероз, кардиосклероз». Из истории болезни видно, что его состояние постепенно ухудшалось, он говорил несвязно, плохо выражал свои мысли, иногда был агрессивен. По показаниям свидетелей завещатель часто был повышенно раздражителен, несдержан, не придерживался диеты, ссорился с близкими, говорил, что они его обижают, «объедают». В последние пять лет состояние заметно ухудшилось и врачи отмечали психические нарушения. Невропатолог находил у него склероз сосудов мозга с очагами размягчения в мозгу после множественных тромбозов и нарушения мозгового кровообращения. За пять дней до смерти у М. развились явления паралича.

Заключение экспертизы: М. при жизни в течение последних 15 лет страдал органическим заболеванием центральной нервной системы в форме выраженного склероза сосудов головного мозга со значительными изменениями со стороны психики, которые с годами все более прогрессировали, поэтому в периоды написания завещательных записей по вкладам в сберегательных кассах, его как психически больного следует считать недееспособным.

Выводы экспертов о недееспособности в данном случае даны на основании медицинских документов, свидетельствующих о том, что завещатель задолго до смерти, в том числе и в период оформления завещания, обнаруживал глубокие изменения психики на почве прогрессирующего мозгового артериосклероза.

Беспомощность из-за соматического страдания больного параличом не является основанием для недееспособности. Даже после инсульта и расстройств речи больной может правильно оценивать происходящие события и разумно выражать волю жестами и письмом.

43. Ч., мужчина, в возрасте 62 лет, за месяц до смерти, в присутствии свидетелей и с участием нотариуса подписал завещание, по которому все имущество завещал в пользу сестры. После смерти сын и дочь покойного возбудили дело в суде о признании завещания недействительным, так как, по их мнению, в период подписания завещания их отец был болен, не мог рассудительно вести дело. Поэтому истцы просили суд признать завещание недействительным, а их наследниками.

По материалам дела и медицинской документации покойный в прошлом активно участвовал в революционном движении, подвергался преследованию со стороны царского правительства, более пяти лет находился в тюрьме и ссылке. После революции работал на советской и партийной работе. Женат дважды, имел двоих детей от первой жены, затем разошелся. Во время Отечественной войны дважды контужен и ранен. Под систематическим наблюдением врачей поликлиники и на стационарном лечении находился последние девять лет с диагнозом «общий артериосклероз, гипертоническая болезнь, склероз сосудов мозга, остаточные явления левостороннего гемипареза с травматическими наслоениями». За шесть лет до смерти у больного было повторное,

легкое нарушение мозгового кровообращения, вызвавшее слабость правой руки. В истории болезни в тот период указано, что «сознание больного ясное, он раздражителен, словоохотлив, общителен, жалуется на апатию». Никаких указаний на наличие психопатологических нарушений, в том числе и явлений слабоумия, не отмечалось. Неоднократно находился в санаториях, к психиатрам не обращался, самостоятельно являлся на прием к врачам с жалобами соматического характера. После смерти второй жены (за год до смерти завещателя), у Ч. наблюдалось реактивное состояние, подавленное и тревожное настроение, но вел он себя достаточно правильно, присутствовал на похоронах жены. Невропатолог в тот период отметил у него явления слабодушия, а психиатр неустойчивое настроение, повышенную реактивность, раздражительность. Был поставлен диагноз: психогенная реакция истерического типа у травматика, общий и церебральный артериосклероз.

За месяц до смерти состояние Ч. ухудшилось, появились сильные боли в области сердца, плохо спал, был несколько возбужден. Диагносцировали инфаркт миокарда. Явлений парезов и параличей, а также психических нарушений в истории болезни не отмечено. В этот период больной и подписал завещание.

Из показаний свидетелей видно, что в момент составления завещания испытуемый врачу жаловался на головные боли и поташнивание. Никаких указаний на психические нарушения, изменения сознания наблюдавшие его врачи не отмечали. В истории болезни в тот период записано: «сознание ясное, отвечает на вопросы, зрачки хорошо реагируют». Последние дни соматическое состояние больного оставалось тяжелым, однако никаких странностей, требующих консультации психиатра, не проявлял, правильно отвечал на вопросы, подробно рассказывал о своем состоянии, выполнял назначения врача. Дежурившие у постели больного медицинские сестры также не отмечали каких-либо неправильных поступков или высказываний больного. Умер Ч. при явлениях падения сердечной деятельности. В день смерти сознание у него было ясное.

Заключение экспертов: подэкспертный в последние годы жизни страдал органическим поражением центральной нервной системы сосудистого характера (артериосклероз, гипертония) с некоторыми изменениями психики; однако степень имевшихся у него психических изменений не столь значительна, чтобы их можно было приравнять к душевному заболеванию; в период времени, непосредственно относящийся к составлению и подписанию завещания, подэкспертный не обнаруживал признаков психического расстройства, которое могло бы воспрепятствовать рассудительному ведению дел; в связи с указанными обстоятельствами в момент подписания завещания его следует считать дееспособным.

Из изложенного видно своеобразие судебнопсихиатрической экспертизы по вопросу о дееспособности при сосудистых заболеваниях.

Глава 31

ПРЕДСТАРЧЕСКИЙ ПСИХОЗ И СТАРЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ

Предстарческий психоз и старческое слабоумие возникают в период старения человека. Основной особенностью их является снижение работоспособности нервных клеток. Клинически это проявляется в повышенной утомляемости, раздражительности, слезливости, возбудимости, ослаблении памяти, снижении психической продуктивности и в угасании творческих процессов. Нередко рассматриваемые заболевания сопровождаются бредовыми идеями преследования, ущерба или ревности. На фоне депрессии иногда наступает двигательное беспокойство с речевой возбужденностью и суетливостью. В дальнейшем может развиваться старческое слабоумие с однообразным, стойким старческим бредом ущерба.

Предстарческий психоз, который называется еще инволюционным, обычно наблюдается в возрасте 50—60 лет. Больные выглядят обычно старше своего возраста, и отчетливо выступают внешние признаки постарения.

Особенности психики, характерные для периода обычного постарения, под влиянием неблагоприятных факторов — интоксикаций, инфекций, физических и психических травм, — приобретают болезненный характер.

В одних случаях, при так называемой инволюционной депрессии, в психическом состоянии больных на первое место выступают тоска, тревога, страх, беспокойство, идеи самообвинения. Они обвиняют себя в пороках и проступках, которые якобы совершили, считают себя грешниками, заслужившими всеобщее презрение (бред самообвинения), тяжелыми неизлечимыми больными, жалуются на неприятные ощущения в теле, у них «весь организм разлагается», кишечник стал непроходимым, сердце останавливается.

В основе ипохондрических бредовых идей нередко лежат ощущения, исходящие от внутренних органов. Часто у больных наблюдаются слуховые и зрительные галлюцинации, они слышат ругательства, упреки, ожидают гибели.

В ряде случаев депрессия сопровождается двигательным беспокойством, суетливостью, речевой возбужденностью.

Больные плохо спят, блуждают с места на место, плачут, причитают. Физически постепенно слабеют.

У некоторых в психическом состоянии преобладают бредовые идеи ущерба, преследования, ревности. Это второй вариант предстарческого психоза — так называемый *предстарческий бредовый психоз*.

Бредовые идеи больных имеют ту особенность, что содержание их обыденно, мелко по масштабам, касается общежитейских взаимоотношений с окружающими и не выходит за пределы возможного. Подобный бред обычно бывает настолько правдоподобным и как будто бы реально обусловленным, что окружающие даже зачастую верят в действительность высказываемого в бреду.

Больные, например, жалуются, что соседи преследуют их, подметают мусор в коридоре к их дверям, детей не пускают в школу специально для того, чтобы они шумели и не давали спокойно отдыхать. Но иногда больные обнаруживают выраженный бред преследования и отравления, нелепый по содержанию, считают, что в пищу им подсыпают битое стекло, волосы, краску, ядовитые вещества, в комнату через щели напускают ядовитые газы.

Больные без оснований начинают подозревать супруга в неверности, в доказательство чего приводят факты несуразного характера и на этой почве совершают тяжелые общественно опасные действия. Иногда они совершают мелкие кражи из-за болезненного страха остаться без средств существования.

44. В., женщина, 59 лет, задержана при совершении в магазине карманной кражи. После задержания произвели обыск, и в ее комнате обнаружили наваленные в кучу мелкие предметы. Были обнаружены: 1007 носовых платков, 459 разных перчаток (мужских, женских, детских, большей частью непарных), 46 очков, пенсне и футляров к ним, 42 косынки, куклы, дамские сумки, офицерские погоны, трусы, нитки, портсигары, перечницы, замки, броши, бюстгальтеры, искусственные цветы, рыболовные блески с крючками и другие предметы. Некоторые из них истлели от сырости, изъедены молью, покрыты ржавчиной и непригодны для пользования.

В связи с возникшим сомнением в психической полноценности обвиняемой, она была направлена на психиатрическую экспертизу.

В прошлом В. болела корью, скарлатиной, сыпным тифом. Училась отлично. По окончании гимназии работала учительницей. По характеру была капризной и обидчивой. Рано (в возрасте 19 лет) вышла замуж. Оперировалась по поводу зоба. После гибели мужа работала бухгалтером, машинисткой. В годы Отечественной войны работала кастеляншей в госпитале. После войны был обнаружен рецидив зоба, по поводу чего дважды оперировалась. Стала бережливой, боялась остаться без средств к существованию, поэтому собирала различные вещи, опасалась истратить лишние деньги. Тогда же стала воровать мелкие предметы. Привлекалась к уголовной ответственности и была осуждена к двум годам заключения условно. Продолжала собирать и накапливать ненужные вещи, из-за чего порвала отношения с близкими, ко-

торые мешали ей это делать. Поселилась у чужих людей, на которых производила странное впечатление вообще и особенно скупостью, в комнату к себе никого не пускала.

При обследовании во время экспертизы установлено, что внутренние органы без значительных отклонений. Отмечается асимметрия лицевой иннервации, дрожание головы, кистей рук, высокие сухожильные рефлексы.

Испытуемая тревожна, плачет, боится умереть. Сведения о себе сообщает бессвязно и путано. Высказывает отрывочные бредовые идеи преследования, считает, что какие-то люди намерены ее умертвить, к ней все плохо относятся, ненавидят, боится, что обкрадут, тогда она «станет нищей». При упоминании о правонарушении волнуется, со слезами просит прощения. Стремление копить различные мелкие предметы объясняет тем, что боялась остаться без средств. Испытывает безотчетный страх, по ночам не спит, боится, что во сне ее убьют. Память снижена.

Заключение: страдает предстарческим психозом, в отношении инкриминируемых деяний невменяема, нуждается в лечении в психиатрической больнице на общих основаниях.

Как видно из изложенного, кражи больная совершала из-за страха остаться нищей. В отношении некоторых таких лиц в прежнее время ставился диагноз клептомании, которая по современным взглядам не является самостоятельной болезнью, а может быть лишь симптомом психического заболевания. У описанной больной воровство явилось следствием предстарческого психоза.

Нередко больные, страдающие предстарческим психозом, конфликтуют с родными, опекунами, соседями и обращаются с жалобами в милицию, суд и другие учреждения.

Старческое слабоумие наблюдается в возрасте 60—70 лет и выше, чаще заболевают женщины. У больных происходят грубые изменения в мозговом веществе в виде атрофии коры мозга.

Начальные формы старческого слабоумия сходны с артериосклеротическим слабоумием и трудно отличимы от последнего. В дальнейшем явления слабоумия резко нарастают, больные становятся ворчливыми, раздражительными и особенно заметными становятся расстройства памяти, они не могут запомнить недавно прошедшего. В дальнейшем у больных утрачиваются воспоминания и на давно прошедшее, они не узнают родных, знакомых, забывают адрес дома, имена детей. Пробелы памяти заполняют псевдореминисценциями (ложными воспоминаниями). Старые привычки, манера держать себя на людях, профессиональные навыки могут еще долгое время сохраняться.

Нередко у таких больных наблюдается возбуждение с неутомимой деятельностью, бесплодной суетливостью и даже спутанностью сознания.

Часто наблюдается бред самообвинения, ревности, ипохондрический, ущерба. Больные убеждены, что соседи хотят

завладеть их имуществом и чтобы предотвратить это, принимают меры предосторожности, стулья прибивают к полу, ценные, с их точки зрения, вещи, кухонную посуду, постоянно носят с собой в мешке. Нередко упрекают детей в том, что последние бесцельно тратят накопленные сбережения.

Обычно бред у этих больных бывает нестойким и в дальнейшем при углублении слабоумия бесследно исчезает. Они становятся благодушными и беспечными, ведут себя по-детски («впадают в детство»), становятся неопрятными, не следят за внешностью, появляются черствость, эгоизм, огрубение, круг интересов сужается.

Из-за неосторожного обращения больных с огнем во время ночных блужданий по дому возникает пожар, иногда они совершают развратные действия с малолетними, покушаются на изнасилование, обнажают половые органы в присутствии других лиц, чаще всего на глазах у детей (эксгибиционизм).

45. С., мужчина, 87 лет, обвинялся в убийстве жены. В детстве был здоровым ребенком, в школе не учился, грамоте выучился сам. В молодом возрасте работал в сельском хозяйстве, затем в течение 40 лет работал почтальоном и лишь последние годы — сторожем. Болел малярией, сыпным тифом, злоупотреблял спиртными напитками.

Год тому назад стал без повода ревновать жену (ей было 85 лет), находил «подозрительные» пятна на ее белье, говорил, что жена околдовала его, «напустила» на него половое бессилие, «наколдовала запор», что вместе с женой какие-то женщины «портят» его здоровье. Тогда же он был помещен в психиатрическую больницу, откуда был выписан без улучшения здоровья.

Дома, по словам свидетелей, издевался над женой, требовал, чтобы она его «расколдовала», обвинял в разврате в присутствии детей, подозревал, что вместе с сыном она хочет завладеть домом и усадьбой, а его оставить без куска хлеба или отравить.

Однажды утром набросился на спящую жену и ножом зарезал ее.

При обследовании во время экспертизы обнаружено расширение границ сердца, глухие тоны, склерозированные кровеносные сосуды, повышенное кровяное давление, зрачки неравномерные, вялая их реакция на свет, сухожильные рефлексы повышены. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Обвиняемый благодушен, заявляет, что у него «разума достаточно», говорит медленно, речь часто прерывает плачем, который быстро сменяется смехом, в палате суетлив, говорит громко, беспокоит других больных.

Интеллект резко снижен, память ослаблена, не знает текущего года и месяца («может быть, 1951, а может быть 1941 год»), путает возраст (то ему 80, то 70 лет), не знает, где находится, не может запомнить имени и отчества врача, через час после завтрака не может сообщить, что ел.

Правонарушение С. не отрицает, рассказывает о нем подробно, во всем винит жену, которая, по его словам, часто ссорилась и избивала его.

В палате однажды «по секрету» сообщил врачу, показывая на свои ослабевшие конечности, что «все это сделано женой». Критика к окружающему и к своему положению резко снижена, заявляет врачу, что «ему пора отправляться в дорогу домой».

Заключение экспертов: страдает психическим заболеванием в форме старческого слабоумия, с явлениями артериосклероза; в отношении

инкриминируемого преступления невменяем, нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице.

Болезненные проявления при старческом слабоумии обычно бывают столь очевидными, что окружающие и родные заблаговременно принимают необходимые меры предосторожности еще до того, как совершается общественно опасное деяние. Поэтому подобные случаи в судебнопсихиатрической практике встречаются относительно редко. Возможно, что и в приведенном случае при своевременной и правильной оценке психического состояния больного убийство было бы предотвращено.

Вопрос о вменяемости лиц, страдающих предстарческим психозом и старческим слабоумием, разрешается относительно легко. Диагностика этих заболеваний влечет за собой признание таких лиц невменяемыми. Трудности могут быть чисто диагностического характера, особенно там, где речь идет о предстарческом психозе, при котором трудно сказать, насколько глубоки изменения личности и являются ли они проявлением наступающей болезни.

Общественная опасность невменяемых лиц, обнаруживающих предстарческий психоз, определяется бредом и глубоким депрессивным аффектом. Бредовые идеи при данной болезни почти всегда стоят на первом плане, и их наличием определяется поведение больных. Под влиянием бреда преследования, ревности, воздействия, ущерба, ипохондрического, а также в связи со страхом, тревогой, суетливостью больные бывают опасными для окружающих и для себя. При депрессии, ипохондрических ощущениях и тревоге они убивают близких людей, чтобы избавиться от якобы грозящих им мучений, а затем покушаются на самоубийство.

Эти больные приготовление к самоубийству и самое самоубийство совершают искусно, для окружающих незаметно и неожиданно.

46. К., женщина, 60 лет, в прошлом длительное время работала учительницей, замужем 35 лет. Всегда была впечатлительной, мнительной и необщительной. В последние годы характер изменился в худшую сторону. С соседями она не уживалась, из-за чего приходилось часто менять квартиру. В поведении К. появились странности: она стала крайне подозрительной, ей казалось, что соседи по квартире враждебно настроены против нее, стремятся причинить какую-то неприятность, «подстраивают всевозможные гадости», стараются «выжить».

В связи с этим она «постоянно ходила как наэлектризованная». Не изменились поведение и психическое состояние К., когда семья переселилась в специально купленную квартиру. Здесь она также жаловалась, что соседи уменьшают напряжение в электросети и этим мешают готовить обед, крадут электроэнергию; считала, что включают радиоприемник специально для того, чтобы разбудить ее внучку. Ей казалось, что соседи подслушивают и подсматривают за ней в специально проделанную

в стене дырочку. Многим родным, которым особо доверяла, К. говорила о недоброжелательном к ней отношении со стороны окружающих. Соседи также отмечали странности в поведении. Однажды они видели, когда больная, будучи на огороде, озираясь, пряталась почему-то за кусты.

Под Новый год муж К. получил поздравительную телеграмму от старой знакомой. К. была недовольна этим, но сдержала себя. Последние месяцы она почти никуда из дома не выходила, ни с кем не встречалась, мало разговаривала, была задумчивой.

В день самоубийства накормила мужа завтраком, отправила на работу, а когда все ушли из дома, переоделась в светлую одежду и повесилась. В сумке ее обнаружили поздравительную телеграмму на имя мужа, на которой к основному тексту была сделана рукой умершей приписка: «а вашей жене скорее ножки протянуть».

Экспертная комиссия дала заключение, что покойная страдала психическим заболеванием в форме инволюционного психоза и самоубийство совершено в состоянии обострения заболевания.

При старческом психозе бред обычно нестоек. Нередко возникающий в начале старческого слабоумия характерный для него бред в дальнейшем, при углублении слабоумия, бесследно исчезает, снижается активность, и они становятся менее опасны для окружающих.

Лица, страдающие предстарческим психозом и старческим слабоумием, могут оказаться невольными свидетелями какого-либо происшествия. Иногда такие лица выступают в суде в качестве потерпевших, жалуются на детей, родных, супруга, опекуна, которые якобы плохо с ними обращаются, издеваются над ними, ущемляют права.

К показаниям указанных лиц следует относиться как к показаниям психически больных людей. Источником доказательств по делу они служить не могут.

47. К. женщина, 72 лет, по делу проходит в качестве потерпевшей: проживавшая с нею в одной квартире дочь, как сказано в заявлении, систематически наносила ей оскорбления и побои.

При обследовании потерпевшей установлено, что К. заболела пять лет тому назад, последние три года стала совершенно беспомощной, раздражительной, суетливой, вмешивалась во все дела, ругалась с окружающими, заявляла, что ее все обкрадывают, забирают вещи, дралась и иногда била дочь. Психическое состояние ее постепенно ухудшалось. Она стала плохо соображать, выйдя из дома, не знала, куда идти, в связи с чем были случаи, когда она по нескольку дней блуждала вне дома, пока ее не находила дочь. Иногда была неопрятна мочой и калом. Последнее время по ночам не спала, была беспокойна, стала особенно прожорливой.

При обследовании физического состояния отмечено, что кожа у К. дряблая, сухая, лицо морщинистое, тоны сердца глухие. Реакция зрачков на свет вялая, имеется парез левого лицевого нерва.

Во время обследования она в окружающем не ориентируется, не знает, куда и зачем пришла, по какому поводу и с кем судится, не может назвать текущей даты, адреса и даже возраста, плохо осмышляет задаваемые вопросы и отвечает только на наиболее простые. Обнаруживает резкое нарушение памяти, не может назвать имени детей, дочь называет сестрой, утверждает, что она замужем не была, и тут же говорит, что у нее четверо

детей. Если видит кого-либо из окружающих улыбающимися, тоже улыбается. Начинает смеяться, не зная над чем.

Экспертная комиссия дала заключение, что обследуемая страдает старческим слабоумием, в судебном процессе принимать участия не может, нуждается в опеке.

Отрицательный ответ на поставленный перед экспертами вопрос в данном случае не может вызывать сомнений. Глубокое слабоумие является неоспоримым доказательством неспособности давать показания по делу.

Экспертиза по вопросам дееспособности при пресенильных психозах и старческом слабоумии встречается так же часто, как и при сосудистых заболеваниях. Нередко она проводится посмертно по вопросу о признании действительными актов дарения и завещаний, о чем сказано в гл. 8.

При разрешении этих вопросов следует иметь в виду, что если предстарческие психические расстройства не достигли выраженного психоза, у больного сохранялось сознание болезни, он правильно оценивал происходящие события, вел упорядоченный образ жизни, то нет основания для признания его недееспособным. Недееспособными должны считаться только больные с выраженными пресенильными проявлениями психики, при наличии бредовых идей, неправильной трактовки окружающего, при нарастании симптоматики. Бесспорно, должны считаться недееспособными лица с явлениями старческого слабоумия. Естественно, что в таких случаях следует учитывать, когда началось заболевание и не совпадает ли оно с моментом совершения того или иного гражданского акта.

Выяснение данного обстоятельства в ряде случаев имеет решающее значение, что видно на следующем примере.

48. К., женщина, в возрасте 74 лет, после смерти, все имущество завещала приемной дочери. Так как дочь после оформления завещания выехала из дома и жила отдельно, К. через год, не расторгнув прежнего завещания, подписала договор дарения на $^1/_4$ часть домовладения на имя квартирантки.

После смерти К., приемная дочь, узнав о существовании нового акта дарения и считая себя наследницей всего дома, обратилась в суд с просьбой признать последний акт дарения на имя квартирантки недействительным, так как К. в период его подписания была недееспособной.

Из материалов дела видно, что состояние здоровья К. уже за два года до смерти резко ухудшилось, она часто обращалась в поликлинику с жалобами на головную боль, одышку, боль в руках и ногах и находилась под наблюдением врачей с диагнозом «гипертоническая болезнь, общий артериосклероз».

В течение последнего года жизни у нее стали наблюдаться выраженные психические изменения и странности: в окнах своей квартиры побила стекла, была неопрятна, оправлялась в комнате, на голову надевала трусы, часто искала деньги, которые якобы потеряла. В истории болезни и в записях, относящихся к тому времени, указано, что «больная заговаривается, плачет,

совершает бесцельные поступки, убила кошку и собаку». Осматривавший ее психиатр поставил диагноз «старческий маразм». В дальнейшем нарастала общая слабость, отнимался язык. Тогда же она, находясь в больнице с диагнозом «старческий психоз», неточно ориентировалась во времени, память ее снижена.

После того, как К. выписали из больницы, она оформила договор дарения на имя квартирантки.

Экспертиза дала заключение: в период оформления первого договора дарения на имя приемной дочери она была дееспособна; в период оформления второго договора дарения на имя квартирантки обнаруживала признаки хронического психического заболевания в форме старческого психоза и была недееспособной.

Уточнение времени начала и характера дальнейшего течения заболевания у описанной больной позволило дифференцированно подойти к оценке дееспособности.

Глава 32

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ, СОМАТИЧЕСКИХ И ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

При острых инфекциях, заболеваниях внутренних органов, расстройстве функций желез внутренней секреции, беременности и родах могут наблюдаться всякого рода невротические и иные умеренно выраженные психические проявления, а иногда и психозы.

Психозы при острых инфекциях встречаются при крупозной пневмонии, сыпном и брюшном тифах, гриппе, ревматизме, малярии, кори, дизентерии и других инфекциях.

Психические расстройства при каждом из перечисленных инфекционных заболеваний имеют свои характерные для них особенности.

Общими же признаками почти для всех них являются нарушение сознания, с дезориентировкой в окружающем, появление тревоги, страхов, обильные, преимущественно зрительные галлюцинации, бредовая трактовка происходящего вокруг, появление резкого двигательного возбуждения, приводящего нередко к агрессии и совершению общественно опасных действий.

Самый частый тип реагирования центральной нервной системы на инфекцию — это *делирий*, при котором сознание заполнено галлюцинаторными образами. При этом часто наблюдаются расстройство ориентировки и нестойкий бред тягостного для больного содержания. После выздоровления больные помнят, что с ними было и могут рассказать о пережитом. Нередко в состоянии делирия имеют место возбуждение и агрессивность. Под влиянием устрашающих галлюцинаций и бреда больные убегают, стремятся выскочить из окна, наносят себе повреждения.

В отдельных случаях среди психических нарушений инфекционного характера на первый план выступает *аментивный* синдром, при котором расстраивается сознание, нарушается осмышление, больной не может понять, что происходит вокруг, где находится. Все это сопровождается полной амнезией. При таком состоянии имеют место иллюзии и галлюцинации,

отрывочные бредовые идеи, переживания страха и двигательное беспокойство в пределах постели.

Начало психоза инфекционного происхождения, течение, глубина и исход его зависят от ряда причин: особенностей инфекции, состояния организма, типа реагирования мозга на инфекцию.

По течению отмечают острые инфекционные и послеинфекционные (постинфекционные) психозы.

Как известно, одним из основных признаков острого инфекционного заболевания является повышение температуры. От момента заражения до появления явных признаков заболевания и повышения температуры проходит определенный срок (инкубационный период), длительность которого неодинакова. Каждый вид инфекции имеет свой инкубационный период.

Острое психическое расстройство иногда начинается одновременно с появлением первых признаков инфекционного заболевания, а в ряде случаев даже предшествует им.

Молодой человек совершил убийство в болезненном состоянии, развившемся за два дня до появления первых признаков сыпного тифа. Уже за некоторое время до убийства он вел себя странно, был подозрительным, испытывал страх, беспричинно возбуждался, выбил стекла в окне, начал выбрасывать во двор все, что попадалось под руку, при попытке удержать оказал сильное сопротивление, сбросил с себя одежду и голый зимой выбежал из помещения. Убил случайно встретившегося ему человека. С большим усилием его связали, выкрикивал отдельные фразы, был дезориентирован, очевидно, галлюцинировал. Через два дня у него диагносцировали сыпной тиф.

В описанном случае инфекционный психоз возник еще до появления явных внешних признаков сыпного тифа, хотя психоз при сыпном тифе возникает главным образом на высоте заболевания, а иногда при падении температуры, даже после выздоровления.

Психические нарушения при сыпном тифе — частое явление. Вот почему в народе его называют «головным тифом», чем подчеркивается наличие при нем мозговых психических проявлений. В некоторых случаях у больных наблюдается оглушенность, дезориентировка в месте, времени и окружающем, появляются обильные зрительные галлюцинации. Для этого психического расстройства характерен так называемый бред двойника, описанный В. А. Гиляровским: больному кажется, что рядом с ним в кровати лежит кто-то другой, близкий ему человек, что у больного две головы, два рта. Иногда наблюдаются страхи, двигательное возбуждение, больные срываются с постели, обороняются, набрасываются на других, пытаются выброситься в окно. С падением температуры у больных обычно исчезают и явления психоза.

У иных же из них после выздоровления еще некоторое время ослаблена память и имеются отрывочные бредовые суждения (остаточный бред).

Психические нарушения в выраженной степени при гриппе встречаются редко, а если и проявляются, то в основном в период наибольшего развития гриппозных явлений, в период подъема температуры. В подобном состоянии больные и могут совершать общественно опасные деяния.

Выраженные психические нарушения при гриппе проявляются обычно в депрессии, иллюзорном восприятии, иногда сопровождаются нестойкими, большей частью, зрительными, галлюцинаторными явлениями. При депрессии имеют место идеи самообвинения и мысли о самоубийстве. Такое состояние длится два-три дня и затем сразу обрывается.

При некоторых инфекционных заболеваниях (например, при малярии) психоз может развиться только при повторных приступах высокой температуры.

Нередко инфекционное заболевание, сопровождаясь глубокими изменениями в соматической и неврологической сфере, служит почвой, на которой легко возникают всякого рода кратковременные болезненные психические расстройства.

Инфекционный психоз длится от нескольких часов до нескольких дней и месяцев. В иных случаях он принимает затяжное, хроническое течение.

Период спада острых явлений инфекционного психоза и перехода к выздоровлению выражается обычно в психической слабости, астении, колебаниях настроения, плаксивости.

В тяжелых случаях, когда выздоровление не наступает, появляются стойкие психические нарушения, достигающие степени слабоумия.

Разрешение судебнопсихиатрических вопросов при инфекционных психозах сопряжено со значительными трудностями. Наличие выраженного психоза в период совершения преступления является основанием для невменяемости. Однако могут иметь место не столь выраженные психические проявления, при которых больные не утрачивают способности руководить своим поведением и тогда обвиняемых следует считать вменяемыми.

Психозы инфекционного происхождения, возникающие у осужденных в местах заключения, следует лечить в больничных условиях, и они не служат основанием для досрочного освобождения.

Исключением может быть психоз, принявший затяжное течение и глубокий характер, со стойкими психопатологическими проявлениями.

Лица, совершившие всякого рода сделки в период острого психоза инфекционного характера, не могут быть признаны дееспособными. Больной в состоянии психической заторможенности и растерянности вряд ли сможет рассудительно вести свои дела и полностью сознавать значимость совершаемого.

При остром инфекционном психозе недееспособность чаще всего носит временный характер только на период проявления психической болезни.

Психозы при соматических заболеваниях встречаются относительно редко и наблюдаются у длительно страдающих болезнями сердца, печени, желудочно-кишечного тракта, бронхиальной астмой и др.

По течению они бывают скоропреходящими и затяжными.

В результате соматического страдания, нарушения обмена веществ и воздействия на организм продуктов распада тканей, как это имеет место, например, при раковых опухолях, у больных наблюдается иногда астенические состояния. Последние проявляются в общей вялости, повышенной утомляемости, неустойчивом настроении, ослаблении памяти и внимания, появлении беспричинной тревоги, сонливости. При дальнейшем ухудшении здоровья в отдельных случаях развиваются психозы, которые могут сопровождаться помрачением сознания, оглушенностью, депрессией с галлюцинаторно-параноидными переживаниями.

Тяжесть психических заболеваний, как правило, находится в зависимости от тяжести соматического страдания. Однако бывают и отклонения от прямой зависимости: при относительном улучшении соматического страдания психическое состояние может по-прежнему оставаться плохим или ухудшаться еще больше.

Наличие в период совершения опасного деяния соматогенного психоза исключает вменяемость.

Астенические состояния сами по себе не являются основанием для невменяемости. Однако на фоне их развиваются реактивные и другие болезненные состояния, главным образом в форме депрессии, при которой иногда совершаются общественно опасные деяния и самоубийства. В таком состоянии больные иногда признаются невменяемыми.

У лиц с соматической неполноценностью легко также возникают психические болезненные состояния после совершения преступления. Они в ряде случаев принимают глубокий и затяжной характер, в связи с чем больные нуждаются в стационаре до выхода из болезненного состояния, а осужденные подлежат досрочному освобождению от наказания.

При соматических заболеваниях, сопровождающихся изменениями в психической сфере, нередко возникает необходимость разрешить вопрос о дееспособности (наблюдение 8). Неоднократно отмечалось, что соматическое страдание само по себе не служит основанием недееспособности. Соматически больных признают недееспособными только при наличии грубых нарушений психики.

Приведем пример посмертной экспертизы женщины, признанной дееспособной, хотя она обнаруживала признаки тяжелого соматического страдания.

49. Е., за два года до смерти, в возрасте 82 лет, часть домовладения и все принадлежавшее ей имущество завещала одной своей сестре. Спустя два месяца она аннулировала это завещание и подписала новое о передаче всего имущества мужу второй сестры, умершей незадолго до этого. Через три месяца завещательница умерла.

Сестра умершей подала в суд заявление, в котором оспаривала законность последнего завещания, ссылаясь на наличие у покойной в тот период психического заболевания и недееспособность.

Из материалов дела и медицинской документации известно, что Е. в детстве развивалась правильно, в возрасте 36 лет перенесла сыпной тиф, в возрасте 66 лет оперировалась по поводу кисты яичника. Последние пять лет страдала белокровием, в связи с чем неоднократно находилась на лечении в терапевтической больнице. За два года до смерти состояние здоровья резко ухудшилось. Она снова находилась в больнице с тем же диагнозом белокровие. За время пребывания в больнице и к моменту выписки странностей и неправильностей в поведении и высказываниях, свидетельствующих о психическом заболевании, не обнаруживалось.

В период оформления первого завещания наблюдавший врач выдал справку, в которой указал, что Е. страдает лимфоидным лейкозом (белокровием) и общим артериосклерозом. Врач, посетивший больную в период подписания второго завещания, также отметил, что она была очень слаба физически, однако вступала в контакт с окружающими, разумно отвечала на вопросы. Желание подписать завещание в пользу мужа сестры объясняла тем, что он «являлся мужем ее любимой сестры и поэтому она не хочет, чтобы после смерти он испытывал какие-либо лишения». Странностей в поведении в тот период не наблюдалось, и никаких психических расстройств не замечалось.

Нотариус также указал, что в момент дачи последнего завещания Е. была тяжело больна, но волю изъявляла достаточно определенно, завещание подписала собственноручно.

Свидетели по делу подтвердили, что больная в тот период была в тяжелом состоянии, с трудом передвигалась, говорила тихим голосом, иногда объяснялась жестами, жаловалась на головные боли, однако странностей в поведении и поступках не наблюдалось.

Протокол вскрытия трупа подтвердил клинический диагноз белокровия и не содержал никаких новых данных, которые указывали бы на возможность у нее психического заболевания.

Заключение посмертной экспертной комиссии следующее: как видно из материалов дела, Е. последние пять лет страдала соматическим заболеванием в форме хронического миэлолейкоза (белокровие); в период аннулирования первого завещания и подписания второго отмечались лишь признаки физической слабости с явлениями нарушения кровообращения и дыхания, однако она до самой смерти сохраняла ясное сознание, последовательность мышления,

полную ориентировку в окружающей действительности и целенаправленность действий, что указывает на возможность рассудительно вести дела; поэтому в период отмены прежнего завещания и подписания нового Е. душевным заболеванием не страдала и в тот период ее следует считать дееспособной.

Психические нарушения при заболевании эндокринных желез выражаются как в заострении черт характера больного, так и в виде выраженного психического расстройства. Психические нарушения наблюдаются при заболевании щитовидной железы, околощитовидных желез, гипофиза, надпочечников. Все они являются железами внутренней секреции, так как не имеют протоков и вырабатываемые ими необходимые для организма вещества (гормоны) выделяются непосредственно в кровь и лимфу. Половые железы являются железами наружной и внутренней секреции.

При заболевании щитовидной железы встречается так называемая базедова болезнь, выражающаяся в увеличении железы (зоб), пучеглазии, дрожании рук, языка, похудении и некоторых других внешних признаках. Больные эмоционально неустойчивы, возбудимы, капризны, суетливы, подвижны, настроение у них тревожное, подавленное, временами наблюдается страх, иногда появляется приподнятое настроение с двигательным беспокойством, сознание не расстраивается. Однако в редких случаях, при тяжелых нарушениях деятельности щитовидной железы, имеют место галлюцинации, чувство тревоги и нестойкие бредовые идеи. Эта болезнь поддается лечению.

При выключении деятельности щитовидной железы и при ее удалении развивается так называемая микседема. Внешний вид таких больных обращает на себя внимание недоразвитием тела, одутловатостью лица, морщинистой кожей, бедностью волосяного покрова, вялостью и дряблостью мышц. Психика больных характеризуется тоскливо-подавленным настроением, они апатичны, медлительны, вялы, память ослаблена, иногда развивается подозрительность, изредка галлюцинации. Обычно в дальнейшем заболевание заканчивается слабоумием.

Кретинизм также является следствием нарушения функций желез внутренней секреции, результатом недоразвития щитовидной железы. Иногда рассматриваемое заболевание сопровождается зобом. Больные маленького роста, имеют маленькую голову, грубые очертания лица, запавшую переносицу. Рот постоянно открыт, язык толстый. Поведением и внешним обликом они напоминают маленьких старичков. Для этих лиц характерно умственное недоразвитие, замедление и затруднение психических процессов.

Кретинизм встречается в горных местностях, где население пользуется водой с недостаточным количеством солей йода.

Из других расстройств эндокринного характера следует остановиться на психических нарушениях при расстройстве функции половых желез, той их части, которая выделяет гормоны. Сюда относится евнухоидизм.

Евнухоидизм — следствие резкого нарушения развития половых желез у мужчин. Обращает внимание внешний вид евнухоидов — высокий рост, отсутствие вторичных половых признаков, растительности на лице и на лобке, детский тембр голоса, дряблая, морщинистая с желтоватым оттенком кожа. В психической сфере отмечается апатия и раздражительность.

С функцией желез внутренней секреции у женщин связаны менструации. Менструальный период здоровой женщины — это такое циклически возникающее функциональное состояние организма, которое само по себе не выходит из нормы, но может послужить почвой для возникновения иных неврогенных проявлений. С нарушением деятельности половых желез у женщин связан климакс.

Климакс, или климактерий, есть период полного прекращения менструаций у женщин в возрасте 45—50 лет. У некоторых женщин климакс протекает мучительно: появляются возбудимость, приливы крови к голове, чувство жара, головные боли, сердцебиение, бессонница, неустойчивое настроение, безотчетная тревога. Климактерические проявления бесследно проходят и редко достигают степени психоза. Явления климакса наблюдаются иногда при пресенильных психозах.

Послеродовые психозы. Периоды беременности, родов, послеродового состояния и кормления представляют нормальные закономерные физиологические явления. Вместе с тем уже давно обратили внимание на то, что такие изменения при неблагоприятных условиях могут вызвать скоропроходящие болезненные состояния и даже послеродовой психоз.

Причиной последних являются трудные роды и связанные с этим переживания и страдания, чрезмерная потеря крови, а также последующие осложнения, послеродовые инфекции, интоксикации и автоинтоксикации. Иногда в этот период развиваются реактивные состояния и истерические проявления и даже шизофрения, в связи с чем послеродовые психозы считаются сборной группой.

Больные, обнаруживающие послеродовой психоз, дезориентированы, сознание их спутанно, галлюцинируют, испытывают страхи, речь бессвязная, на обращение не реагируют, поведение их неправильное и сопровождается беспорядочными движениями. У некоторых больных наблюдается маниакальное поведение — они танцуют, поют, хохочут. Длительность психоза — от

нескольких дней до нескольких недель. Иногда он становится затяжным.

У некоторых рожениц психоз развивается в связи с эклампсией, которая проявляется в потере сознания на несколько минут, синюшности лица, подергивании лицевых мышц и общих судорог.

По происхождению она относится к токсикозам и возникает в связи с нарушением деятельности почек. Длится припадок эклампсии несколько минут, может повторяться и заканчиваться смертью.

Эклamптический психоз наступает иногда после прекращения эклamптических припадков и протекает в форме делириозного возбуждения.

В судебнопсихиатрической практике возникает необходимость решать вопрос о вменяемости в связи с совершением роженицей преступления, большей частью детоубийства, что нередко является предметом судебномедицинской и судебнопсихиатрической экспертизы в связи с сомнениями, не совершено ли оно в состоянии послеродового психоза или эклампсии.

Рожениц, совершивших детоубийство в патологическом состоянии, следует признавать невменяемыми. Отграничить болезненное состояние от неболезненного крайне трудно, особенно из-за невротических и истерических наслоений, усложняющих картину.

Глава 33

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ (ИНТОКСИКАЦИЯХ)

К числу отравляющих веществ, вызывающих психические нарушения, относится алкоголь и всевозможные наркотики (морфий, опий, кокаин, гашиш и др.). Отличительной особенностью наркотиков является их одурманивающее, возбуждающее или успокаивающее действие на мозг.

К группе веществ, отравляющих нервную систему, относятся и так называемые промышленные, пищевые и бытовые яды (тетраэтилсвинец, антифриз, угарный газ и т. д.)

Различают ряд наркоманий.

Алкоголизм

Психические нарушения при алкоголизме разнообразны. Они наблюдаются как в состоянии острого алкогольного опьянения, так и при длительном употреблении — хроническом алкоголизме. Психические расстройства могут протекать кратковременно или же носить более или менее стойкий характер. По клиническим проявлениям различают: простое алкогольное опьянение, патологическое опьянение, хронический алкоголизм, белую горячку, алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, включая и бред ревности.

Алкогольное опьянение. Обычное или простое опьянение протекает по-разному. Это зависит от дозы алкоголя, индивидуальных особенностей, физического состояния организма и иных обстоятельств.

В начальных стадиях опьянения обычно ускоряется сердечная деятельность, расширяются кровеносные сосуды, лицо краснеет, движения становятся оживленными, появляются чувство теплоты в теле, чувство физического и душевного благополучия, веселое, благодушное, беззаботное настроение, беспечность, развязность, стремление к общению с другими людьми, говорливость, обильная жестикуляция, склонность к шуткам и остротам.

Опьяневший самоуверен, хвастлив, иногда преувеличивает свое состояние опьянения по сравнению с действительным.

Поведение человека, находящегося в состоянии опьянения, почти всегда обусловлено не только непосредственным влиянием алкоголя, но и рядом других факторов, связанных с воспитанием, привычным поведением, психологическим состоянием, нередко проявляются распущенность, возбудимость, озорство.

По мере усиления опьянения лица то продолжают быть беспричинно веселыми, то становятся агрессивными, наступает угнетенное состояние, подавленное настроение, тоска, «пьяные» слезы, самобичевание. Иногда появляется раздражительность со склонностью к конфликтам и агрессии, снижается критика к своему поведению, теряется чувство меры и такта, появляется повышенная обидчивость, бурные аффективные реакции по незначительному поводу, мышление становится непоследовательным, суждения поверхностны, повторяют одни и те же фразы и слова, внимание неустойчиво и легко отвлекаемо, речь постепенно затрудняется, движения неточны, походка шаткая.

При дальнейшем нарастании опьянения, особенно при значительной дозе алкоголя, появляются слюнотечение, рвота. Такие лица с трудом уже понимают то, что им говорят, на вопросы отвечают невпопад, речь их малопонятна, походка и координация движений полностью расстраиваются, и затем чаще всего наступает глубокий сон.

О событиях, имевших место в данный период, воспоминания нередко отсутствуют или сохраняются частично, отрывками и в искаженном виде.

Лица, совершившие преступление в состоянии алкогольного опьянения, независимо от его глубины, по закону (см. ст. 12 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик и ст. 12 УК) не освобождаются от уголовной ответственности за содеянное.

Алкогольное опьянение, вызванное по воле опьяневшего, не считается болезненным состоянием, при котором следует говорить о невменяемости. Состояние опьянения не является основанием также для смягчения наказания [1]. Всякого рода попытки усматривать при обычном (хотя бы и глубоком) алкогольном опьянении наличие медицинского и юридического критериев и считать алкогольное опьянение психозом несостоятельны.

Нарушения высшей нервной деятельности, возникающие под влиянием алкоголя при простом алкогольном опьянении, не заключают в себе тех явлений, которые давали бы право го-

---

[1] См. «Сборник постановлений Президиума и определений Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РСФСР 1957—1959 гг», М., 1960, стр. 57—59.

ворить о наличии признаков психоза хотя бы и временного характера.

Состояние опьянения, в котором находился свидетель или потерпевший, в некоторых случаях снижает правильность восприятия. Однако здесь можно говорить о меньшей доказательной ценности показаний опьяневшего, но не об устранении их в качестве источника доказательств.

Заключение договора и оформление всякого рода соглашений нельзя признать недействительными только из-за алкогольного опьянения у кого-либо из сторон в период составления и подписания этих документов.

Патологическое опьянение — редко встречающееся кратковременное болезненное расстройство психической деятельности, при наличии которого субъект утрачивает способность сознательно руководить своими действиями и отдавать себе в них отчет. Лица, совершившие общественно опасное деяние в состоянии патологического опьянения, признаются невменяемыми, как совершившие общественно опасное деяние в состоянии временного расстройства психической деятельности.

Патологическое опьянение может возникнуть как у лиц, не обнаруживающих в обычном состоянии отклонений в психической сфере и практически считающихся здоровыми, так и у лиц, проявляющих некоторую психическую слабость после перенесенного инфекционного или соматического заболевания или в результате имевшей место в прошлом травмы мозга. Наличие указанных явлений необязательно определяет возникновение патологического опьянения. Большую роль в его возникновении играют усталость, физическое и психическое истощение в результате напряженной работы и бессонных ночей, волнение, страхи, тревога. Принятый в таком состоянии алкоголь, даже в минимальной дозе, в некоторых случаях вызывает патологическое опьянение. Стечение перечисленных предрасполагающих обстоятельств наблюдается очень редко, почему и принято считать, что патологическое опьянение у одного и того же человека не может повторяться всякий раз при приеме алкоголя.

Основным симптомом патологического опьянения является болезненное изменение сознания, в результате чего нарушаются и искажаются процессы восприятия, расстраивается контакт с внешним миром, наступает отрыв от реальной действительности, сужается круг представлений, сознание заполняется болезненными переживаниями, носящими характер безотчетного страха, тревоги, ощущения угрозы в отношении себя, родных. При нарастании эмоциональной напряженности появляется болезненно измененная ориентировка в окружающем и бредовое ее толкование.

Поведение таких лиц напоминает поведение больных, находящихся в сумеречном состоянии. У них отмечается то молчаливая мрачная сосредоточенность с действиями и поступками, носящими машинальный, автоматический характер, то резкое безмотивное и бесцельное возбуждение, неистовство, ярость и агрессия с насильственными и разрушительными действиями, то поведение носит характер защиты со стремлением к устранению кажущейся угрозы [1].

Имевшие место до возникновения патологического опьянения переживания иногда включаются в болезненное состояние. В иных случаях находящийся в состоянии патологического опьянения как будто бы учитывает внешнюю обстановку и его действия носят не хаотический и беспорядочный характер, а производят впечатление целенаправленных и упорядоченных. Но при более тщательном обследовании выясняется наличие болезненных побуждений и мотивов, галлюцинаторных и бредовых переживаний.

Нарушение сознания, искаженное восприятие внешних явлений и автоматизм действий наглядно видны в поведении мужчины, после небольшой дозы алкоголя совершившего ряд бессмысленных и безмотивных действий.

После бессонной и напряженной работы во время завтрака он выпил 100 г водки. Внешне на окружающих впечатления пьяного не производил, твердо стоял на ногах, передвигался не шатаясь. Однако вскоре стал вести себя странно. Находившуюся невдалеке собаку принял за лису и подстрелил ее одним выстрелом. Затем без повода и надобности вскочил на телегу и погнал лошадей из деревни. По дороге, уже в поле, застрелил корову и теленка, тушу коровы привязал к колесу телеги и тащил некоторое расстояние по полю. Затем перерезал постромки, сел на лошадь верхом и ускакал дальше. Спустя два часа был доставлен обратно спящим на телеге. После пробуждения ничего о происшедшем сказать не мог.

Таким образом, основными признаками патологического опьянения, которые частично имели место в приведенном примере, следует считать: внезапное начало болезненного состояния и кратковременное течение, отсутствие внешних признаков опьянения, наличие признаков расстроенного сознания, искаженное восприятие и бредовая оценка окружающего, поведение пронизано определенной идеей болезненного характера, сохранность моторики и автоматический характер движений, иногда двигательное беспокойство, мутизм или отрывочные высказывания, стереотипное повторение одних и тех же слов, последующий глубокий сон и амнезия.

Такие симптомы, как эйфория, благодушие, развязность, озорство, распущенность, желание произвести впечатление на

---

[1] Подробнее о патологическом опьянении см. М. И. Затуловский, Судебнопсихиатрическая оценка состояний опьянения, «Проблемы судебной психиатрии», сб. V, М., 1946.

окружающих, склонность к оскорбительным и циничным выражениям по адресу задерживающих их лиц, шатающаяся и неустойчивая походка, присущи простому опьянению и отсутствуют при патологическом.

Однако некоторые проявления, носящие необычный характер, наблюдаются как при простом опьянении, так и при патологическом, например, амнезия, отдельные отрывочные воспоминания, последующий сон.

Может быть и так, что в период совершения одного преступления обвиняемый был во вменяемом состоянии, а при совершении последующего преступления находился уже в состоянии патологического опьянения.

50. Л., мужчина, 26 лет, обвинялся в убийстве братьев Б.

По материалам уголовного дела и сведениям самого испытуемого развивался он нормально, учился в школе посредственно и окончил четыре класса. Во время автомобильной аварии получил ушиб головы и долго лежал в больнице. С этого времени отмечались головные боли и немотивированные приступы тоски. Последние годы наблюдалось несколько таких приступов с потерей сознания. Под влиянием алкоголя обычно становился сонливым, быстро засыпал. С работой справлялся хорошо.

Из материалов дела видно, что он, охраняя дровяной склад, ушел с поста в столовую и в несколько приемов пил спиртные напитки. По дороге из столовой на пост открыл стрельбу по проходившим мимо людям.

Свидетели по делу сообщили, что они видели, как испытуемый, отбежав к лесу, прятался за деревьями, что-то невнятно бормотал, затем побежал в противоположном направлении — к населенному пункту, производя выстрелы. Встретившихся ему братьев Б. убил тут же. При задержании Л. испытывал страх и вел себя беспорядочно.

На допросе заявил, что он подвергся нападению группы неизвестных ему лиц, которые сначала окружили его, а затем открыли по нему стрельбу, ясно видел силуэты передвигавшихся и стрелявших людей.

При обследовании установлено, что внутренние органы без отклонения от нормы. На передней поверхности лба и в области левой височной области имеются следы ушиба (кожные рубцы). Левый зрачок несколько шире правого, реакция на свет, конвергенцию и аккомодацию сохранена, правая носогубная складка сглажена, сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов нет. Отмечается повышенная потливость. Реакция Вассермана в крови отрицательная. Глазное дно нормально.

Психическое состояние: Л. находится в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и в собственной личности, в беседу вступает охотно, сведения о прошлом сообщает последовательно, настроение угнетенное, тревожное, жалуется на плохой сон. По поводу правонарушения сообщает, что помнит только отдельные моменты. В отделении малозаметен, режима не нарушает, держится обособленно от других испытуемых. Интеллект не нарушен.

Заключение экспертной комиссии: обвиняемый обнаруживает признаки травматической энцефалопатии; как видно из материалов дела и по данным обследования, испытуемый в отношении правонарушения, квалифицированного как уход с поста, должен быть признан вменяемым, так как эти действия совершены при отсутствии болезненного расстройства психической деятельности; в период времени, когда было совершено убийство братьев Б., испытуемый находился в состоянии временного расстройства

психической деятельности в форме патологического опьянения и был невменяем, на что указывают наличие в то время измененного сознания и иллюзорного восприятия окружающего с бредовым его истолкованием, бессмысленные агрессивные действия и последующее неполное и искаженное воспоминание о нем.

Ошибки при диагностике патологического опьянения возникают главным образом в связи с тем, что распущенность, возбудимость, желание произвести впечатление на окружающих, озорство пьяного неправильно расцениваются как болезненные, патологические проявления. Для доказательства патологического опьянения неправильно будет ссылаться на кажущуюся безмотивность преступления и его нелепый характер, на то, что преступление якобы чуждо складу данной личности в ее обычном состоянии. Все эти предположения не могут служить доказательствами патологического опьянения.

Нередко при постановке диагноза патологического опьянения переоценивается значимость перенесенных в прошлом травм черепа или инфекционных заболеваний, которые сами по себе отнюдь не предопределяют возникновения патологического опьянения.

Суждение о характере опьянения должно быть обосновано клиническим анализом картины состояния, а не перечислением перенесенных в прошлом травм и заболеваний.

Ошибки возникают и из-за того, что эксперты диагноз патологического опьянения ставят не на основании психопатологического анализа всей картины психического состояния в период совершения преступления, а по наличию одного-двух, к тому же мало надежных признаков, таких, например, как амнезия.

Патологическое и простое опьянение по клиническим проявлениям представляют качественно совершенно различные явления, и между ними нет промежуточных состояний.

Патологическое опьянение нельзя рассматривать как более выраженное простое алкогольное опьянение.

Основанием для констатации всех этих явлений служат свидетельские показания и другие доказательства по делу, отмечающие необычность поведения подэкспертного, его внешний вид, состояние моторики, характер высказываний и пр.

Диагноз патологического опьянения должен быть подтвержден фактами, исходящими от наблюдавших лиц, а не строиться только на субъективных жалобах, заявлениях обвиняемого и на предположениях эксперта. Если анализ материалов дела и данных психиатрического обследования не доказывает наличия болезненного состояния в период преступления, нет оснований и для диагноза патологического опьянения.

Неубедительным, противоречащим материалам дела, построенным на субъективных жалобах обвиняемого, является заключение экспертов-психиатров в отношении следующего испытуемого.

51. Ч., мужчина, 32 лет, в состоянии опьянения (выпил 600 г водки) сломал дверь в чужой квартире, избил хозяина квартиры и на улице избил проходившую мимо женщину, сделавшую ему замечание.

Эксперты дали заключение о наличии у обвиняемого в период преступления патологического опьянения на том основании, что преступление носило безмотивный характер и что обвиняемый в период экспертизы ссылался на амнезию. Он помнит, как пил водку, как шел домой, а что было дальше — точно сказать не может. Не знает, чем была вызвана ссора с потерпевшими, с которыми у него никаких личных неприязненных отношений не было. Ему кажется, что его «кто-то за что-то ударил». Очнулся только в милиции, после чего просил направить его на экспертизу.

Между тем из уголовного дела видно, что обвиняемый в период преступления правильно ориентировался в обстановке, поддерживал контакт с окружающими, понимал обращенные к нему вопросы, отвечал на них с угрозами, при этом цинично бранился, никаких признаков, свидетельствующих о расстройстве сознания, наличии бреда и галлюцинаций, не обнаруживал.

Выводы экспертов в данном случае сделаны исключительно на основании сведений, сообщенных обвиняемым во время экспертизы, которые не только не подтверждались материалами дела, но противоречили им.

Наиболее ценными для эксперта в этих случаях являются не сообщения обвиняемого о якобы патологических переживаниях, хотя они в какой-то степени должны учитываться, а тщательно собранный следствием материал, достаточно полно отражающий поведение подэкспертного, его внешний вид и речь во время правонарушения, и свидетельские показания, содержащие данные о неправильном восприятии обвиняемым окружающего, нарушении сознания, болезненных переживаниях, наличии бреда, галлюцинаций и т. п.

Хронический алкоголизм. Признаком хронического алкоголизма является систематическое употребление алкоголя, неудержимое к нему влечение, появление потребности опохмелиться, психическая и социальная деградация личности.

От хронического алкоголизма необходимо отграничивать случайное злоупотребление алкоголем и привычный бытовой алкоголизм, при котором алкоголь употребляется хотя бы и в значительных дозах, но без неудержимого влечения к нему. При умеренном, но систематическом употреблении алкоголя в дальнейшем обычно развивается привычка к нему, и из случайного источника легкого возбуждения алкоголь превращается в постоянную или периодически обостряющуюся потребность.

с потерей способности воздержаться от его употребления, несмотря на наличие неприятных последствий в соматической и психической сферах, хорошо сознаваемых пьющим.

Внешний вид хронических алкоголиков типичен и обращает на себя внимание: лицо опухшее, землисто-серого цвета с дряблой морщинистой кожей, глаза воспаленные, нос красный с множеством мелких сосудов, под глазами мешки, осунувшиеся черты лица, дрожащие руки, охрипший голос, постоянный кашель (хронический бронхит алкоголиков), неряшливая внешность. Эти лица выглядят старше своего возраста.

Среди прибегающих к систематическому употреблению алкоголя встречаются лица с неустойчивой и ослабленной нервной системой после тяжелой контузии, инфекции. У них постепенно портится характер, становятся раздражительными, неуверенными в себе, грубыми, эгоцентричными, недоверчивыми, не уделяют внимания семье, все больше опускаются. Иногда, наоборот, у таких лиц развиваются повышенная самоуверенность, благодушие, склонность к плоским, грубым, мрачным и неуместным шуткам (алкогольный юмор), подтрунивают над собой, употребляют некстати поговорки. В состоянии опьянения плачут, целуются и тут же затевают драку. Постепенно снижаются память, внимание, сообразительность, трудоспособность, повышается утомляемость, они становятся неспособными к планомерному труду, не переносят длительных усилий, в результате чего деградируют по работе. Себя алкоголиками не считают и в своих лишениях винят не себя, а окружающих, начальство, семью, жену.

Отличительным признаком хронического алкоголизма является описанный С. Г. Жислиным синдром похмелья, который появляется после протрезвления и выражается в дрожании, головокружениях, шуме в ушах, головных болях, повышенной потливости, устрашающих сновидениях, тошнотах по утрам, подавленном настроении. Указанные явления проходят при новом приеме хотя бы в незначительном количестве алкоголя. В дальнейшем после периода усиленного злоупотребления алкоголем может наступить более или менее длительный период воздержания, а затем снова повторяется запойный приступ.

Редко наблюдается так называемый истинный запой (дипсомания), которому обычно предшествует приступ тоски и апатии, сопровождающийся непреодолимым влечением к алкоголю. Запой длится несколько дней, а иногда и недель. Алкогольные напитки поглощаются в огромных количествах при почти полном отсутствии аппетита. Если нет денег, то эти лица продают свои вещи, тратят чужие деньги, совершают мелкие кражи, попрошайничают. Затем запой обрывается,

и даже появляется отвращение к алкоголю, которое сохраняется иногда в течение нескольких месяцев. Лица, страдающие запойным пьянством, в отдельных случаях могут признаваться невменяемыми.

В связи с хроническим алкоголизмом в ряде случаев появляются тяжелые заболевания внутренних органов — сердца, печени, желудка, нарушается жировой обмен, появляется тучность тела, возникают судорожные припадки эпилептического характера, которые при прекращении употребления алкоголя бесследно проходят.

При тяжелых и длительных формах хронического алкоголизма наступают, правда в очень редких случаях, явления слабоумия.

Как правило лица, страдающие хроническим алкоголизмом, в отношении совершенных преступлений признаются вменяемыми и не освобождаются по этим признакам от отбывания наказания. К ним может быть применено принудительное лечение в медицинском учреждении со специальным лечебным и трудовым режимом. Об этих мерах сказано в главе 10.

Та незначительная часть лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, которые признаны невменяемыми из-за грубого снижения личности, нуждаются в длительном принудительном лечении в психиатрической больнице. Лечение заключается в полном лишении хронического алкоголика алкоголя, налаживании сна, применении общеукрепляющих и тонизирующих средств и воспитании отрицательного условного рефлекса на алкоголь с помощью внушения и некоторых фармакологических средств (апоморфин, антабус).

На лиц, признанных вменяемыми и находящихся в условиях заключения, трудовой режим и вынужденное лишение алкоголя оказывает, как правило, благотворное влияние.

В гражданском процессе в отношении лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возникает вопрос об их праве воспитывать своих детей. Резкая деградация личности хронического алкоголика служит основанием для лишения его родительских прав.

Хронический алкоголизм является иногда причиной таких самостоятельных психических заболеваний, как белая горячка, алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид (бред ревности) и так называемый корсаковский психоз.

Белая горячка (алкогольный делирий) возникает у хронических алкоголиков чаще всего после некоторых предвестников, а нередко и сразу, большей частью вечером или ночью, длится несколько дней, сопровождается обильными, выразительными и яркими зрительными, слуховыми и тактильными

галлюцинациями, протекающими на фоне помраченного сознания и отсутствия ориентировки во времени, месте и окружающем, с выраженным моторным беспокойством и бессонницей. Белая горячка наблюдается чаще у лиц, употребляющих водку, реже — у лиц, употребляющих виноградное вино.

При белой горячке обычно повышается температура тела, появляются дрожание, шаткая и неуверенная походка, потливость, сухость во рту, сердцебиение, частый пульс, лицо покрасневшее, зрачки расширены, язык обложен. Через два-пять дней и больше у заболевшего наступает глубокий длительный сон, после которого он выздоравливает. В редких случаях в подобном состоянии наступает смерть при явлениях падения сердечной деятельности.

Для рассматриваемого заболевания типичны зрительные галлюцинации: больному кажутся звери, птицы, мелкие, ползающие по постели, платью, стенам, насекомые (клопы, тараканы, пчелы), змеи, причудливые фигуры, рожи, передразнивающие больного, кривляющиеся, высовывающие язык. Галлюцинации отличаются большой подвижностью и аффективной насыщенностью.

Слуховые галлюцинации носят характер связанных диалогов неприятного для больного характера. Он слышит упреки, что, забыв семью, пьянствует, плохо относится к своим обязанностям и т. п., переговаривается с голосами, отвечает им, спорит, оправдывается, иногда слышит пение, музыку. Наблюдаются и тактильные галлюцинации. В этом состоянии больные повышенно внушаемы.

Поведение больных при белой горячке имеет большей частью хаотический характер и обусловлено аффектом страха. Они то пытаются прятаться от видений, то принимают родных за врагов, чудовищ, чертей, нападают, стреляют в них. Больные находятся в беспрерывном беспокойстве, то что-то ищут под кроватью, то совершают действия, присущие их профессиональной деятельности — сапожник как будто бы чинит обувь, портной кроит одежду и т. п. Воспоминания о болезненном периоде большей частью сохраняются довольно отчетливо, и только иногда наблюдается полная амнезия.

Вот типичное течение белой горячки.

Мужчина, злоупотреблявший длительное время алкогольными напитками, через несколько дней после задержания стал обнаруживать признаки психического заболевания: перестал спать, непрерывно находился в двигательном и речевом возбуждении, не ориентировался в окружающем, считал, что находится то дома в окружении семьи, то на работе, то среди друзей, при легком к нему прикосновении вздрагивал, среди медицинского персонала узнавал знакомых, дежурную сестру называл Зиной, обращался к ней с просьбой дать три рубля, «а то не хватает опохмелиться», испытывал зрительные гал-

люцинации, с брезгливостью стряхивал со своего халата как будто бы насекомых. По ночам зрительные галлюцинации усиливались, гонял кошек, кричал: «Вот котенок! Кис-кис!» Как будто бы считал деньги, давал сдачу, иногда испытывал страх, с выражением ужаса на лице прятался в угол, залезал под кровать. Спустя пять дней уснул глубоким сном и проснулся несколько вялым с чувством большой усталости, но уже без перечисленных болезненных явлений.

Непосредственной причиной возникновения белой горячки у хронического алкоголика может быть не только усиленное пьянство, но и острое инфекционное заболевание, например, грипп, повышение температуры при воспалении легких, тяжелая травма, в частности перелом бедра, резкое изменение режима питания, а также психические переживания, связанные с возбуждением уголовного дела, арестом и т. д. Белая горячка может возникнуть у хронических алкоголиков и при отсутствии указанных причин.

Общественно опасные действия, совершаемые в состоянии белой горячки, носят разнообразный характер. Под влиянием галлюцинаций устрашающего характера и неправильного восприятия окружающего больные нередко совершают убийства, наносят тяжелые телесные повреждения, иногда, спасаясь от галлюцинаторных образов, бросаются с высоты, выпрыгивают на ходу поезда, кончают жизнь самоубийством.

52. К., мужчина, 24 лет, усиленно употреблял алкогольные напитки. Находясь в длительной командировке, «вынужден был в силу обстоятельств» употреблять спиртные напитки еще чаще. В этот же период времени напряженно работал, мало спал. Однажды в вагоне трамвая ему стало казаться, что его хотят убить, видел, как сидящий в вагоне мужчина держал нож, слышал, как двое других «сговаривались» выбросить его из вагона на ходу, а какие-то женщины собираются отрезать уши. Кондуктор якобы сказал: «Вам осталось жить до следующей остановки», и в это время «трамвай сразу изменил направление». В страхе К. ударил кондуктора ножом, а сам, бросив чемодан и пальто в вагоне, выскочил на ходу и побежал к милиционеру в поисках защиты. В отделении милиции также видел людей, которые «собирались отрезать ему уши». Во время экспертизы, которая проводилась через два месяца после совершения правонарушения, испытуемый был признан невменяемым, но так как при обследовании уже не представлял общественной опасности, то рекомендовано направить его под наблюдение районного психиатра.

Опасность описанного больного в остром делириозном состоянии определялась его поведением, обусловленным множественными галлюцинациями, нестойким отрывочным бредом с частичной дезориентировкой.

Совершившие общественно опасное деяние в состоянии белой горячки признаются невменяемыми, если доказано, что оно совершено в период болезни. Может оказаться, однако, что преступление было совершено в состоянии обычного опьянения, а затем уже после преступления развилась белая горячка.

Может быть и так, что первое преступление совершено в состоянии обычного алкогольного опьянения, а последующие преступления в состоянии белой горячки.

Г. систематически злоупотреблял спиртными напитками, в состоянии опьянения избивал жену, наносил ей телесные повреждения, выгонял из дома. Однажды после бессонной ночи и обильных зрительных и слуховых галлюцинаций Г. под утро выбежал из своей квартиры, забежал в соседний дом, поджег в коридоре сваленные в кучу галоши, а сам выбросился с третьего этажа и с явлениями сотрясения мозга некоторое время находился в больнице, где первые дни галлюцинировал.

Галлюцинации имели типичный для белой горячки характер. После выздоровления был признан вменяемым в отношении нанесения телесных повреждений жене и невменяемым в отношении действий, совершенных во время последнего эпизода.

Учитывая, что белая горячка возникает преимущественно у тех, кто длительное время злоупотреблял алкоголем, что она может возникнуть повторно, лиц, совершивших деяние в этом состоянии и признанных невменяемыми, целесообразно направлять в психиатрическую больницу на принудительное лечение.

Лиц, совершивших преступление в обычном для них состоянии, а затем после ареста заболевших белой горячкой, рекомендуется на некоторое время помещать в лечебное психиатрическое учреждение до выхода из белогорячечного состояния.

53. Г., мужчина, 34 лет, работая заведующим магазином, получил сливочное масло второго сорта и продавал его по цене первого. Разницу присвоил. Кроме того, похищал из магазина деньги и другие товары. Чтобы скрыть следы преступления, он, по совету жены, ночью взломал стену дома, в которой находился магазин, проник в помещение, разлил по полу керосин, поджег его, а сам убежал и явился на место пожара лишь тогда, когда собрались люди. После пожара выявлен ущерб на значительную сумму.

При допросе Г. давал показания и признался в совершенном им преступлении. Водку пил часто и в большом количестве.

На третий день после ареста возникло психическое заболевание: он перестал спать, был возбужден, испытывал страхи, озирался по сторонам, обильно галлюцинировал, ему казалось, что на него сыплется целый поток семячек, слышал голос сына, который якобы находился рядом, около кровати, видел шесть бутылок красного вина, отмечалось выраженное дрожание пальцев рук.

В связи с психическим заболеванием Г. направили в психиатрическую больницу, а затем на стационарную психиатрическую экспертизу, во время которой заболевание прошло.

Было дано заключение, что Г. перенес кратковременное психическое заболевание в форме белой горячки, возникшей после ареста и закончившейся к моменту окончания экспертизы; в период совершения преступления был психически здоров и вменяем.

Белую горячку лечат в условиях психиатрической больницы, при круглосуточном наблюдении персонала, с применением аминазина, снотворных и сердечных средств.

Алкогольный галлюциноз по клиническим особенностям близко стоит к белой горячке.

Клинические симптомы одного и другого состояния часто переплетаются между собой и в процессе течения переходят и изменяются. Поэтому отграничивать алкогольный галлюциноз от белой горячки не всегда возможно, особенно если последняя принимает затяжной характер. Можно думать, что именно по этим причинам некоторые психиатры описывают алкогольный галлюциноз и белую горячку под одним общим названием острого галлюцинаторного бреда, подчеркивая тем самым единство процесса.

Неоспоримым различием между белой горячкой и алкогольным галлюцинозом является то, что белая горячка протекает обычно при помраченном сознании, из-за чего больной не в состоянии разобраться в обильных по числу и по содержанию переживаниях, в то время как алкогольный галлюциноз, как правило, протекает при ясном сознании.

Поведение в состоянии алкогольного галлюциноза носит более планомерный и менее хаотический характер и находится в соответствии с идущим вперед процессом бредообразования.

Кроме того, отличительной особенностью алкогольного галлюциноза является преобладание слуховых галлюцинаций, нередко императивного характера (голоса дают советы, приказывают, угрожают). Зрительные галлюцинации бывают реже. Эти больные испытывают страхи, тревогу, считают себя околдованными, им кажется, что окружающие делают всякого рода намеки, которым больные придают особую, бредовую значимость. Они верят в реальность галлюцинаций и не считают их болезненными проявлениями. При всем этом правильно ориентируются в окружающем, болезнь не мешает им заниматься своим делом и выполнять профессиональные обязанности, мало обращают на себя внимание в семье и на производстве, отношение к окружающему не меняется. Течение заболевания может быть не только острым, но длительным и хроническим.

54. Л., мужчина, 31 года, привлекался к уголовной ответственности дважды. Первый раз обвинялся в неуплате алиментов на содержание сына. В связи с неправильным поведением был направлен на психиатрическую экспертизу.

Установлено, что испытуемый рос и развивался правильно, в школе начал учиться с 13-летнего возраста, по окончании ее работал в типографии. Последние шесть лет систематически употреблял алкогольные напитки. Особенно много пил после ухода от него жены, часто менял место работы. Около полугода тому назад появились слуховые галлюцинации, плохо спал, был в тревожном состоянии.

При обследовании Л. правильно ориентировался в окружающем, был доступен, жаловался на беспрерывные голоса, которые ведут между собой

разговор, угрожают, говорил, что слышит голос гипнотизера, который повторяет одну и ту же фразу: «Ты будешь убит». Отдельные слова и фразы слышит в свисте ветра, карканье ворон, биении своего сердца, храпе спящих в палате людей. Убежден, что на него действует какая-то «чужая сила», которая сжимает мозг, заставляет совершать движения, поступки. Упрашивает врача помочь ему избавиться от этих явлений.

Было дано заключение, что испытуемый обнаруживает признаки затяжного (хронического) алкогольного галлюциноза, невменяем и подлежит лечению в психиатрической больнице на общих основаниях.

В больнице Л. пробыл свыше пяти месяцев и был выписан в состоянии улучшения. Затем работал на пароходе матросом, полотером, чернорабочим. Вторично женился. По-прежнему злоупотреблял алкоголем, прибегал и к другим наркотикам (веронал).

В дальнейшем неоднократно поступал в психиатрические больницы, где находился длительное время.

Спустя 10 лет, вторично поступил на экспертизу, обвинялся в поджоге дома тещи. Пожар учинил на почве ревности к жене и из-за мести к теще. Дом сгорел дотла.

В психическом состоянии больного отмечались те же проявления, что при прошлом пребывании: слышал голос гипнотизера, голоса других лиц, которые то угрожали ему, то успокаивали. Перед засыпанием слышал мужской голос, говоривший: «Спи, спи, умирать будет легче». Слышал три женских голоса, которые нараспев говорили: «Ну, Шурик, прощайся в жизнью». Голоса появлялись вслед за его собственными мыслями, как бы в ответ на них. Пытался все это объяснить тем, что очевидно, имеется какая-то машина, которая и действует на его голову. Иногда, однако, объяснял это болезнью. Часто слышал голос, который хвалил его за то, что устроил пожар, сделал «хорошую футбольную площадку». Голоса слышит, где бы ни находился, натирая пол, слышит мужской голос, который беспрерывно говорит: «Натирай лучше, натирай лучше». Иногда больным овладевал страх, особенно ночью. В таких случаях, он вскакивал с постели, начинал кричать, хватал себя за голову, выбегал в коридор. Постепенно стали более заметно выступать артериосклеротические явления, слабодушие.

Эксперты дали заключение, аналогичное предыдущему: испытуемый обнаруживает признаки психического заболевания в форме затяжного алкогольного галлюциноза, в отношении инкриминируемого правонарушения невменяем и нуждается в принудительном лечении.

Алкогольный галлюциноз в данном случае имел длительное течение со значительным периодом улучшения после пребывания в психиатрической больнице и новым, более стойким, рецидивом того же заболевания.

У некоторых больных под влиянием непрекращающихся голосов возникают мысли о самоубийстве и попытки к этому. Многие из них совершают тяжелые преступления — убийства, поджоги, хулиганство.

Вменяемость таких больных в отношении совершенных общественно опасных деяний исключается, хотя внешне упорядоченное поведение может создавать ошибочное впечатление об их вменяемости.

Алкогольный параноид возникает у хронических алкоголиков и характеризуется бредовой интерпретацией окружающего,

тревогой и страхами. Разновидностью его является **алкогольный бред ревности**.

Наибольшие диагностические трудности при рассматриваемом заболевании связаны с отграничением бреда ревности от обычной ревности, не носящей характера болезни. Последняя наблюдается не только у психически здоровых людей, но и у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Алкогольный бред ревности характеризуется тем, что он, как и всякий бред, не поддается разубеждению и наблюдается у хронических алкоголиков. Бредовые идеи алкогольного характера скудны по содержанию и относительно стойки. Обычно больные с бредом ревности находятся длительное время в состоянии тревоги, аффективного напряжения и очень подозрительны. Побочные случайные факты больные подвергают бредовой интерпретации всегда для доказательства супружеской неверности. Агрессия таких больных обычно направлена на жену, подозреваемую в супружеской неверности, или на окружающих, которые подозреваются в близости с женой. Эти подозрения возникают по самым незначительным поводам.

Некоторые больные в поисках доказательств супружеской неверности обращаются в судебномедицинские лаборатории с просьбой исследовать наличие спермы в подозрительных пятнах на белье жены.

Алкогольный бред ревности конкретен и не имеет фантастического, парадоксального и даже абсурдного характера, как это бывает при некоторых иных заболеваниях, например, при шизофрении. Он не выходит за пределы возможного и реального, содержание его черпается из окружающей действительности. Этим определяется несколько однообразный характер опасных действий лиц с алкогольным бредом ревности.

55. Т., мужчина, 48 лет, слесарь по ремонту ткацких и прядильных станков. С 18-летнего возраста злоупотреблял алкоголем, белогорячечных состояний в прошлом никогда не обнаруживал. В возрасте 25 лет женился, взаимоотношения с женой плохие, часто возникали ссоры. Имеет троих детей.

В последние годы появились головные боли, забывчивость, рассеянность, повышенная утомляемость и раздражительность, испытуемый стал придирчивым, гневливым. Начал ревновать жену к мужчинам, работавшим вместе с нею, часто являлся к жене на работу и устраивал сцены ревности, избивал жену и дочь, обвинял их в разврате.

Год назад Т. находился на лечении в психиатрической лечебнице с диагнозом «хронический алкоголизм».

По выходе из больницы продолжал ревновать жену к служащим завода. Одному из сослуживцев жены предлагал следить за ней, обещая за это денежное вознаграждение. Составил список всех сослуживцев жены, которые, по его мнению, якобы сожительствовали с ней. Угрожал их убить. В списках был впоследствии убитый мастер завода.

Во время дежурств жены, которая работала вахтером в проходной будке, часто приходил к ней и оставался на все время работы. Иногда тайно

от жены взбирался на крыльцо или на лестницу и, вооружившись железной палкой, наблюдал за женой. Однажды, когда Т. показалось, что жена как-то по особому посмотрела на проходившего мужчину, больной ворвался в будку, избил жену, выбил стекла в окнах, сломал дверь.

Спустя несколько дней, как установлено следствием, испытуемый встретил в лесу мастера завода, которого особенно ревновал к своей жене, и убил его. На первых допросах отрицал вину и утверждал, что этого мастера даже в лицо не знает.

При обследовании подэкспертный был напряжен, держался особняком, мало общался с окружающими, ни к чему не проявлял интереса, но сразу же оживлялся, когда речь заходила о взаимоотношениях с женой, говорил о ней зло, был убежден в ее развратном поведении, хотя по материалам уголовного дела жена характеризовалась скромной, степенной женщиной. Никаким разубеждениям не поддавался. Сведения о себе сообщал достаточно связно и толково. Память несколько снижена, внимание неустойчивое. Своей дальнейшей судьбой не интересовался.

Дано заключение, что испытуемый обнаруживает явления хронического алкоголизма с алкогольным бредом ревности и как душевнобольной в отношении инкриминируемого правонарушения невменяем, по своему психическому состоянию должен быть направлен в психиатрическую больницу на длительное принудительное лечение.

Бредовые идеи ревности алкоголиков носят обычно упорный и стойкий характер. Содержание бреда обусловлено обычным при алкоголизме понижением половой способности, доходящим до импотенции и повышением полового влечения. Возникновение бреда находится в зависимости от алкоголизации, и с устранением алкоголя бредовые явления медленно стихают. Вот почему такие больные нуждаются в пребывании в психиатрической больнице на принудительном лечении длительное время.

В результате хронического алкоголизма может развиться редкое заболевание, так называемый **корсаковский психоз**. Отличительной особенностью его является воспаление периферических нервов (полиневрит) и глубокое расстройство памяти, преимущественно на текущие события, с заполнением пробелов памяти ложными воспоминаниями. Больной не помнит сколько времени он болен, лежа длительное время в больнице, говорит, например, о своих небывалых поездках, из которых только что вернулся, в незнакомых узнает своих знакомых. Наряду с таким беспамятством больные сохраняют хорошую сообразительность, играют в шахматы, остроумны в беседе. Течение корсаковского психоза длительное и большей частью не дает улучшения.

Роль алкоголя при самоубийстве многообразна.

В одних случаях к алкоголю прибегают психически здоровые люди с целью облегчить осуществление заранее принятого решения покончить с собой.

У других лиц, вовсе несклонных к самоубийству, подобное намерение появляется только в состоянии алкогольного опьяне-

ния и тут же осуществляется. Многие лишают себя жизни из-за того, что не могут побороть привычки к вину.

Наконец, некоторые лица кончают самоубийством в состоянии психического заболевания, возникающего на почве алкоголизма, например, в состоянии белой горячки.

56. В., мужчина, 38 лет, хронический алкоголик. Особенно много пил за несколько дней до самоубийства в период пребывания в деревне у родных.

Вернувшись в город, В. весь день скитался по улицам, потерял свои вещи. На случайно встретивших его знакомых производил странное впечатление. В отделении милиции, куда его доставили, был дезориентирован, говорил путано и невнятно, испытывал страхи, сообщил, что на него готовится покушение, что слышит крик своего брата, которого убивают на улице, что под окнами бегают какие-то подозрительные люди, видел мелькавшие тени страшных животных. Из отделения милиции не хотел уходить, опасался, что его убьют подстерегавшие на улице лица. Ночью не спал, галлюцинировал, утром в окружающих узнавал своих знакомых, руки дрожали, лицо было красным и все время покрывалось потом, глаза блуждали.

Затем добрался до вокзала, сел на поезд и по дороге, на ходу поезда, бросился под колеса.

Диагностика приведенного психического заболевания в данном случае даже по тем отрывочным наблюдениям свидетелей, которые собраны следствием, не вызывает особых затруднений. Острое начало после значительной алкоголизации, расстроенное сознание, обильные зрительные и слуховые галлюцинации, бредовые переживания, вазомоторные явления (обильный пот) — все это укладывается в картину психического заболевания алкогольной природы (белая горячка). Несомненно, что решающую роль в самоубийстве сыграло болезненное чувство страха в связи с устрашающими галлюцинациями и бредовыми переживаниями.

Другие наркомании

В качестве наркотиков употребляются опий, морфий, гашиш (анаша), кокаин, дериваты барбитуровой кислоты (люминал, веронал, мединал, амиталнатрий), кофеин и даже крепкий настой чая, содержащий кофеин. В зависимости от употребляемого наркотика различают морфинизм, опиоманию, гашишизм, героинизм, кокаинизм и т. д.

При систематическом употреблении наркотиков к ним привыкают; в результате, чтобы достигнуть желаемого возбуждающего или успокаивающего действия, наркоману приходится прибегать к постепенно увеличивающимся дозам, иногда во много раз превышающим смертельную.

Длительное употребление наркотиков вызывает стойкие изменения как в соматической, так и в психической сфере,

выражающиеся в упадке питания, заболеваниях печени и других внутренних органов, неустойчивости настроения, неуравновешенности.

Тяжесть состояния наркомана заключается в явлениях абстиненции, возникающей в период, когда в организме уменьшается количество наркотического вещества и появляется потребность в новой дозе наркотика.

Явления абстиненции выражаются в тревоге, подавленности, появлении дрожания рук, обильном слюнотечении, потливости, поноса, расширении зрачков, нарушении сердечной деятельности, расстройстве дыхания.

Наркоманов лечат путем постепенного, но не надолго растянутого снижения дозы наркотика до полного лишения, применения в этот период сердечных средств, стрихнина, брома, инсулина, ванн. Реже применяется другой способ лечения — полное прекращение приема наркотиков сразу. При лечении наркоманий, особенно морфинизма, нужно не допускать передачи больным наркотиков со стороны.

Общественно опасные действия наркоманов, особенно морфинистов, выражаются главным образом в действиях, направленных на добывание наркотика (подделка рецептов, взламывание аптечных шкафов, кража наркотиков). Как правило, эти лица признаются вменяемыми. Исключение составляют только лица, глубоко деградировавшиеся под влиянием наркомании, и лица, совершившие преступление в состоянии абстиненции. Наркоманы в местах лишения свободы нуждаются в лечении в условиях лечебного учреждения.

Отравления другими ядами — лекарственными препаратами, пищевыми, промышленными и бытовыми ядами, — в психиатрической практике встречаются крайне редко, а при судебнопсихиатрической экспертизе с ними вообще не сталкиваются.

Глава 34

ВРОЖДЕННОЕ СЛАБОУМИЕ (ОЛИГОФРЕНИЯ)

Олигофрения (*малоумие*) или **врожденное слабоумие** выражается в дефекте познавательной способности и нарушении мыслительной деятельности. Врожденное слабоумие противопоставляется нажитому, развивающемуся в процессе жизни. Нажитое слабоумие, каким является травматическое, артериосклеротическое, старческое и другие виды — результат деградации личности и снижения некогда полноценного интеллекта, в то время как при врожденном слабоумии умственные способности никогда не достигали обычного уровня развития.

Олигофрения от психозов отличается тем, что при ней отсутствует прогредиентность, нет характерного для большинства психозов прогрессирующего течения.

Основной причиной олигофрении является воздействие вредных факторов на зачаток плода, или на самый плод во внутриутробный период его развития, или на ребенка в момент родов и на ранних этапах жизни после рождения.

К вредным причинам относятся: интоксикации (особенно алкоголизм) и инфекционные заболевания (сифилис и др.) родителей, состояние истощения матери в период беременности, механические повреждения плода во внутриутробном периоде, травма мозга во время родов, воспалительные явления мозга и инфекционные заболевания ребенка на ранних этапах его жизни, приводящие к недоразвитию или неправильному развитию мозга. Олигофрения может быть следствием нарушения функций желез внутренней секреции в период роста, в основном щитовидной и половых желез.

Умственное недоразвитие олигофренов обычно сопровождается грубыми дефектами в строении тела, недоразвитием отдельных органов. Конечности бывают непомерно длинными, череп нередко неправильного строения, голова или слишком маленькая (*микроцефалия*), или очень большая (*макроцефалия*), чаще всего в результате водянки мозга. Лицо маловыразительное, тупое, рот полуоткрыт, форма ушей и зубов неправильная, речь невнятная, походка, движения и жесты неуклюжие, угловатые, неловкие. Иногда у них наблюдается косоглазие, тугоухость или полное отсутствие слуха.

Нередко глухота сочетается с немотой. В связи с грубыми нарушениями в веществе мозга могут наблюдаться параличи отдельных групп мышц. Все эти внешние признаки у одних лиц выражены весьма значительно, у других — умеренно.

Различают три степени умственного недоразвития олигофрении; глубокую — идиотия, среднюю — имбецильность и легкую — дебильность.

Четкую грань между отдельными степенями не всегда удается провести, так как умственное недоразвитие хотя и является основным, но не единственным признаком олигофрении. Олигофрения характеризуется также изменениями в эмоциональной сфере, преобладанием влечений и аффектов низшего порядка, изменениями волевой сферы.

Идиотия — это наиболее глубокая степень психического недоразвития. У идиотов обычно бывает резко выражено и физическое недоразвитие: они большей частью не умеют ходить, а ползают по полу. Сидя в постели, ритмично раскачиваются, хлопают в ладоши, бьют себя кулаками. Речь у большинства из них неразвита или находится в зачаточном состоянии, они способны издавать только нечленораздельные звуки и не понимают речь других. Внимание их не привлекают никакие посторонние раздражения, взор блуждающий, они не следят за движущимися перед ними предметами, не откликаются, реагируют лишь на сильную боль, не ориентируются в окружающем.

Высшие психические функции у идиотов почти отсутствуют, эмоциональное отношение к неприятным раздражениям выражают рычанием, взвизгиванием, царапают себя, бьются головой, наносят себе повреждения. Вспышки ярости возникают у них главным образом под влиянием голода. Идиоты очень прожорливы, но не отличают съедобное от несъедобного; едят листья, траву, глотают куски камней, глину, поедают испражнения; не могут усвоить простейших навыков: есть ложкой, ухаживать за собой, следить за содержанием себя и своей одежды в чистоте. В связи с тем, что часто болеют, особенно желудочно-кишечными инфекциями и туберкулезом, умирают в раннем возрасте.

При менее выраженной идиотии больные обладают элементарной речью и небольшим запасом слов, понимают простейшие приказания и просьбы других, проявляют привязанность к ухаживающему персоналу, узнают близких, соблюдают некоторые гигиенические правила и достигают зрелого возраста.

Так как идиоты по физическим и психическим возможностям не в состоянии совершать общественно опасные деяния, их судебнопсихиатрическое значение невелико. Нередко идиоты являются жертвой преступления.

Имбецильность — умственное недоразвитие в средней степени. Имбецилы отстают в физическом развитии и хотя поздно, но могут научиться ходить и говорить. Речь их большей частью неправильная, картавая, косноязычная. Запас слов беден и состоит из названий предметов и слов повседневного обихода, мысли излагают более или менее связно, понимают несложную по содержанию чужую речь. Запас сведений и знаний невелик. Они не могут назвать дни недели, месяцы в году, мышление конкретно и примитивно. Высшие психические функции у них развиты недостаточно. Стыд и смущение, фантазия и воображение отсутствуют. Наряду с этим они проявляют некоторые изолированные способности. Встречаются имбецилы, великолепно запоминающие музыкальные мелодии, цифры, отдельные факты. Так, один олигофрен отличался тем, что точно называл дни погребений всех умерших своего округа за 35 лет, имена покойников, их возраст. Такая односторонняя одаренность уживается с глубокой умственной ограниченностью в остальных отношениях. Их несостоятельность чаще всего проявляется в непривычной для них ситуации.

Память носит механический характер. Наблюдался имбецил, который мог безошибочно повторить страницу текста на неизвестном ему языке.

В специальной школе имбецилы могут научиться чтению, письму, простому счету. Сложные арифметические действия — сложение, вычитание, особенно умножение и деление, даются с трудом.

Имбецилы могут усвоить элементарные житейские навыки, следить за собой и своей одеждой, научиться простой механической работе, хотя выполняют ее чаще всего под наблюдением других, старательно могут полоть и караулить огород, носить воду, собирать хворост, помогать пасти скот. Иногда бывают хвастливы, самодовольны, лживы. Нередко служат предметом забавы и насмешек сверстников и окружающих. Критика резко снижена, не улавливают переносного смысла в пословицах и поговорках, не понимают шуток. Обычно олигофрены очень внушаемы, доверчивы и поддаются уговорам, с чем иногда связаны их общественно опасные действия.

57. С., мужчина, 26 лет, обвинялся в хулиганстве. Со слов отца, обвиняе-
мый отставал в психическом развитии, в школе не учился, так как был не-
способен к этому. Отец пробовал обучить его какому-либо ремеслу, но это
не удалось. По характеру был непослушным, трудно поддавался воспитанию,
ел много и без разбора, портил вещи, часто был неопрятен в постели. В среде
сверстников всегда подвергался насмешкам, дети дразнили его дурачком, из-
бивали. Был помещен в детский приют, но оттуда отправлен в психиатри-
ческую больницу, куда потом поступал несколько раз и всякий раз выпи-
сывался с диагнозом врожденное умственное недоразвитие в степени

имбецильности. Усилия приучить его к труду оказались безуспешными, не проявлял ни к чему ни интереса, ни способности, оставался недисциплинированным, озорным.

Последний раз находился в больнице без перерыва в течение пяти лет. Вопреки совету врачей был выписан из больницы. По настоянию отца начал работать чернорабочим, а затем сторожем. Однажды в сторожевой будке он развел костер и в результате пожара сгорели будка и находившаяся там одежда испытуемого.

Внешне подэкспертный всегда неряшлив, за собой не следил, ходил обычно грязный, оборванный, небритый. Поручения, которые давали ему по работе, выполнял с особым усердием, хотя большей частью не всегда делал так, как следовало бы.

Товарищи по работе постоянно подсмеивались над ним, говорили, что в него влюблена дочь директора завода, называли женихом, писали от имени девушки любовные письма. Все это он принимал за правду, говорил, что обязательно женится на ней, хотя видел всего один раз и то издали.

Однажды, проходя по улице, увидел эту девушку, идущей под руку с молодым человеком, набросился на него с ножом, угрожал зарезать за то, что тот пытался «отбить невесту».

При обследовании обвиняемого во время экспертизы установлено, что С. выше среднего роста, правильного телосложения, череп малых размеров. Со стороны внутренних органов и нервной системы грубых отклонений от нормы не отмечается.

Испытуемый малоподвижен, говорит монотонным голосом, в беседу с врачом вступает охотно, но сведения о себе сообщает бестолково и многословно, уклоняется от темы и по существу не отвечает ни на один вопрос, очень обидчив. Не может толком рассказать о периоде длительного пребывания в прошлом в психиатрической больнице. Ориентируется в окружающем недостаточно правильно, не осмысляет правонарушения, не понимает цели направления на экспертизу и за что арестован. Считает, что на него наговорили, а нож, с которым набросился, был «тупой, как железо, им ни хлеб нельзя резать, ни картошку чистить». Уверяет, что ничего особого не было, его «заревновали к девушке». Критика резко снижена, переоценивает свои способности и возможности. Говорит, что все девушки на заводе интересуются им. Запас знаний ограниченный, круг интересов сужен, мышление примитивное, конкретное, образование абстрактных понятий замедлено. В обычной обстановке испытуемый спокоен, вежлив, но иногда дает гневные вспышки по малозначительному поводу. Поручения по уборке отделения выполняет с особым старанием, однако в мастерскую не ходит под различными предлогами. Пребыванием на экспертизе не тяготится, доволен обстановкой, большую часть времени бездеятелен, сидит на постели или ходит по палате.

Экспертная комиссия дала заключение, что С. обнаруживает значительную степень врожденной умственной неполноценности (имбецильность), в отношении инкриминируемого правонарушения невменяем, может быть направлен в психиатрическое учреждение колониального типа для призрения.

Дебильность — наиболее легкая степень умственного недоразвития. У дебилов не бывает столь грубых изменений в физическом строении тела и черепа, как у идиотов и имбецилов. Моторика их неловкая, движеня угловатые. Мышление конкретного типа, элементарно, абстрактные обобщения недоступны. Память преимущественно механического характера.

Дебилы могут учиться в нормальной школе, но успевают плохо, обычно в одном классе сидят несколько лет, доходят до

второго или третьего класса, а затем оставляют школу. Иногда обнаруживают способности к рисованию, пению, счету. Способны усвоить трудовые навыки наиболее простого характера, но наряду с этим запас практических познаний невелик.

Дебилы, как и имбецилы, повышенно внушаемы и склонны к подражанию, что в отдельных случаях может быть использовано другими лицами в целях совершения преступления. Несмотря на кажущееся добродушие, они иногда совершают тяжелые преступления.

58. К., мужчина, 34 лет, обвинялся в убийстве жены и детей.

Развивался слабым ребенком, с детства обнаруживал снижение слуха, в школе не учился, ни писать, ни читать не умел, по характеру был тихим, робким. Окружающие считали малоумным. Специальность не приобрел, мог выполнять только простую работу чернорабочего.

В 20-летнем возрасте женился по настоянию отца на девушке, которую раньше не знал.

После женитьбы жена призналась, что беременна и скоро должна родить. Испытуемый отнесся к этому совершенно спокойно и равнодушно, считал ребенка своим. Первое время отношения с женой были хорошие. В дальнейшем стали возникать конфликты, жена начала дразнить, высмеивала на людях, часто оставляла его без обеда.

После взаимных упреков в лени и бесхозяйственности между ними обычно возникали ссоры и даже драки, во время которых испытуемый чаще всего оказывался избитым женой. В день правонарушения возникла ссора из-за того, что не был приготовлен обед. Жена несколько раз ударила испытуемого поленом, а он в ответ зарубил ее топором. После того, как жена упала мертвой, убил находившихся здесь же двух детей и заявил в милицию о случившемся.

Во время экспертизы отмечена легкая асимметрия лица, сходящееся двухстороннее косоглазие, почти полное отсутствие слуха слева и сильное снижение слуха справа. Внутренние органы без отклонения от нормы. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Испытуемый в месте и времени ориентировался правильно, в окружающем недостаточно из-за плохого осмышления ситуации. Сведения о себе сообщал охотно, но бестолково, сбивчиво. В отделении поведение правильное, приветлив, уступчив, бездеятелен, придерживается установленного режима, регулярно ходит в мастерскую, где выполняет простую работу (клеил бумажные пакеты). Интеллект испытуемого значительно снижен, круг понятий и запас общежитейских сведений невелик, говорит, что неделя имеет восемь дней, не знает сколько месяцев в году, элементарный счет в уме делает с грубыми ошибками.

При расспросах о правонарушении дает слабую эмоциональную реакцию, рассказывает, что жену убил потому, что она все время сердила его, по хозяйству ничего не делала, а заработанные испытуемым деньги и продукты отдавала сестре. Считает, что если бы жена не оскорбляла и не затеяла бы драки, то, может быть, все обошлось благополучно, «а так я стал вроде бешеного». Детей же убил в состоянии страха, появившегося после убийства жены. Жалеет убитых, но до конца не осмышляет тяжести содеянного. Считает, что ему должны снизить наказание, так как убил-то он не чужих, а своих детей.

Экспертная комиссия дала заключение, что испытуемый обнаруживает признаки врожденного слабоумия в степени глубокой дебильности, в отношении инкриминируемого деяния может быть признан невменяемым, нуждается

в помещении в психиатрическую больницу на принудительное лечение. В психиатрической больнице находился в течение четырех с половиной лет, вел себя спокойно, был добродушен, участвовал в трудовых процессах, настроение всегда ровное, никогда не был агрессивен. Выписан на попечение родных.

В приведенном случае обращает на себя внимание то обстоятельство, что тяжелое и особо опасное деяние совершено вялым, инертным, тихим, робким и нерешительным олигофреном. Вследствие неполноценности мозга аффективные реакции при травмирующей ситуации у этих лиц могут проявляться в виде срыва и возникнуть по незначительному поводу. Такие аффективные реакции отличаются недифференцированностью, несложностью и примитивностью по структуре, на что указывают многие авторы (И. Н. Введенский, Н. И. Фелинская, О. Е. Фрейеров и др.).

По особенностям и поведению одни олигофрены характеризуются возбудимостью, подвижностью, назойливостью, раздражительностью, расторможенностью, повышением сексуального и пищевого влечений. Перечисленные особенности свойственны так называемому гипердинамическому типу олигофрении. Им противостоят вялые, безразличные, апатичные, медлительные олигофрены, которые относятся к адинамическому типу. Оба эти типа отчетливо наблюдаются не только у дебилов, но и у имбецилов. Своеобразие одной и другой группы наглядно видно из описания следующих олигофренов.

Олигофрен, обвиняемый в нарушении паспортного режима, недостаточно ориентирующийся в ситуации, неспособный дать о себе последовательные сведения, делающий грубые ошибки при элементарном счете, во время обследования в психиатрической больнице вел себя очень беспокойно, был агрессивен, постоянно кричал, цинично бранился, угрожал расправой. В связи с таким поведением его с трудом удерживали в общей палате, так как набрасывался на других, пытался избивать, подолгу на одном месте не сидел, ходил без дела по комнате, часто спорил с другими испытуемыми, говорил громким голосом, был неряшлив, прожорлив. Тяготился пребыванием на экспертизе, причиной своей задержки считал санитара, который не открывал ему дверь. Требуя чтобы его немедленно выписали, набросился на врача, но тут же легко успокоился. После экспертизы в течение трех лет находился на принудительном лечении. У него отмечалась эмоциональная неустойчивость, быстрые переходы от спокойного состояния к немотивированным вспышкам, временами был особенно злобен, агрессивен.

Такие возбудимые олигофрены гипердинамического типа представляют иногда выраженную общественную опасность и обычно нуждаются в длительном принудительном лечении.

Олигофренка, обвиняемая в нарушении паспортного режима, по собственному почину в беседу не вступает, жалоб не высказывает, ведет себя незаметно, приветлива. Говорит тихим голосом, запас слов ничтожный, речь плохо модулированная, нечеткая. Переживания бедны, она ничем не интересуется, ни над чем не задумывается, не имеет никаких планов на будущее. Пребыванием на экспертизе не тяготится, довольна тем, что здесь «дают

пить и есть». Чрезвычайно пассивна, даже при настойчивых расспросах ее не удается вовлечь в активную беседу и вывести из состояния вялости и безразличия. Интеллект чрезвычайно низкий, плохо удается даже простой счет до 50, задаваемые вопросы плохо осмышляет, не знает, в каком городе находится. «Мы знаем только Калининскую сторону», — говорит больная. Не может сказать, сколько месяцев в году, сколько дней в неделе («много, не счесть»). Режиму подчиняется, охотно работает по уборке отделения, медлительна; питается хорошо, ест с жадностью.

Правонарушение вялых олигофренов нередко является следствием их беспомощности и растерянности, возникающей в затруднительной для них ситуации. Значительной общественной опасности они обычно не представляют и нуждаются не столько в лечении, сколько в уходе со стороны родных или в содержании в психиатрической колонии на положении призреваемых.

Олигофрения, как было указано, не прогредиентное состояние, т. е. не имеет своего развития и с течением времени не влечет ухудшения. Под влиянием воспитательных мер и приучения к трудовой деятельности возможно даже улучшение умственных способностей олигофрена. Улучшение наблюдается также под влиянием лечения основной причины, вызвавшей отставание психического развития. В связи с низким пределом выносливости нервных клеток, всякая новая ситуация является непомерной нагрузкой на мозг олигофрена и может наступить срыв высшей нервной деятельности, временное ухудшение психического состояния, клинически проявляющееся в остром психозе, большей частью реактивного характера. Ухудшение временного характера иногда наступает под влиянием инфекционного заболевания, в период полового созревания, во время пребывания в незнакомой и необычной для них ситуации, в окружении лиц, говорящих на незнакомом для них языке, в условиях ареста. Глубина подобных временных реактивных состояний бывает различной — от подавленного настроения, состояния тоски и растерянности до явно психопатического состояния с переживанием страха, дезориентировкой в окружающем, изменением сознания. Реактивные состояния у олигофренов создают значительные затруднения при оценке глубины умственного недоразвития.

Общественно опасные действия олигофренов разнообразны. В одних случаях поступки, из-за которых они привлекаются к уголовной ответственности, свидетельствуют об отсутствии критики, неспособности учитывать ситуацию и возможные последствия совершаемого.

Олигофрен отобрал два бидона молока у проходивших по лесной дороге колхозников и потребовал, чтобы эти же люди на обратном пути принесли ему хлеба, после чего, сидя у дороги, стал ждать их возвращения, где и был задержан.

В других — общественно опасное деяние совершается под влиянием ничем не сдерживаемого влечения, чаще всего сексуального характера. Особенно легко снимаются всякого рода задержки и контроль над влечением у олигофренов под влиянием алкоголя, к которому они невыносливы.

В состоянии опьянения мужчины совершают попытки к изнасилованию, не считаясь ни с местом, ни с временем, ни с окружающими.

Олигофрен, 19 лет, в состоянии алкогольного опьянения, днем на площади, на глазах жителей деревни пытался изнасиловать женщину 70 лет. После того, как дочь отогнала олигофрена палкой, через полчаса он снова пытался изнасиловать женщину, пропалывавшую на огороде картошку. За две недели до этого в состоянии опьянения тот больной совершил половой акт с коровой.

Иногда общественно опасное деяние олигофрены совершают в состоянии ярости, гнева и других аффектов, которые они не в состоянии преодолеть в связи с ослаблением тормозных процессов.

Они могут совершить опасное действие в состоянии растерянности, в результате испуга и страха в обстановке возникшей внезапно и требующей быстрой и правильной ориентировки и учета возникших новых обстоятельств.

Так, олигофрен, будучи ночью разбужен криками матери «воры», выскочил во двор и, не разобравшись в чем дело, стал избивать случайно зашедшего на крик постороннего человека.

При разрешении судебнопсихиатрических вопросов в отношении идиотов и имбецилов, которые, как правило, признаются невменяемыми, затруднений почти не возникают. Трудности возникают в отношении дебилов. Вопрос об их вменяемости может сопровождаться колебаниями в ту и другую сторону и в конечном счете разрешается в зависимости от результатов клинического обследования подэкспертного, преимущественно в условиях стационара. Решить данный вопрос заочно, даже при наличии в деле медицинских выписок из историй болезни, не представляется возможным.

При разрешении вопроса о вменяемости необходимо использовать также наблюдения, касающиеся практической ориентировки олигофрена, стойкости и объема приобретенных им знаний и навыков. Основным же критерием степени слабоумия должен явиться учет того, может ли испытуемый по умственным способностям достаточно правильно оценивать свои действия и руководить ими и способен ли он в необходимых условиях противостоять своим влечениям.

При разрешении вопроса о вменяемости олигофрена важно учитывать возможность временного ухудшения психического

здоровья к моменту экспертизы. В связи с реактивным состоянием иногда создается впечатление о более глубоком слабоумии, чем оно есть на самом деле.

При экспертизе следует иметь в виду, что с течением времени психическое состояние олигофрена может улучшиться настолько, что он может быть признан вменяемым, хотя раньше по другому делу признавался невменяемым.

Из признанных невменяемыми в принудительном лечении нуждаются олигофрены, представляющие наибольшую общественную опасность. Сюда относятся возбудимые, аффективные, неустойчивые, назойливые и расторможенные олигофрены. Меньшую общественную опасность могут представлять вялые, безынициативные, беспомощные и инертные олигофрены. Олигофрены, совершившие общественно опасные действия в реактивном состоянии, по выходе из него большей частью не являются опасными, особенно при наличии психической истощаемости и пассивности. Глубоко слабоумные олигофрены, нуждающиеся в постороннем уходе и призрении, в отдельных случаях также не нуждаются в принудительном лечении, за исключением тех, которые обнаруживают устойчивые порочные навыки.

Медицинские меры, назначаемые судом, сводятся не столько к лечению, сколько к медико-педагогическим мероприятиям. Чисто лечебные меры в отношении олигофренов, обнаруживающих стабильное состояние психики, не всегда достигают положительного эффекта. Исключение составляют невменяемые олигофрены, находящиеся в реактивном состоянии.

Для прекращения принудительного лечения основным критерием является изменение поведения олигофренов под влиянием дисциплинирующего режима больницы и воспитания трудовых навыков. На изменения подобного рода можно рассчитывать только после длительного пребывания их в психоневрологической больнице или психиатрической колонии.

Поскольку олигофрения — непрогредиентное состояние, то в условиях мест заключения слабоумие, как правило, не нарастает. Поэтому, если психическое состояние ухудшается, то носит оно большей частью временный, преходящий характер. При возникновении глубоких психических нарушений можно думать о допущенной ранее судебнопсихиатрической ошибке, в результате которой вменяемым было признано слабоумное лицо. Такого рода ошибки иногда встречаются и тогда, когда олигофрен был осужден без проведения психиатрической экспертизы.

Олигофрены с неглубоким умственным дефектом могут участвовать в уголовном процессе и быть допрошены в качестве свидетелей или потерпевших.

В соответствии с нашим законом при глубокой степени умственного недоразвития олигофрен, не способный правильно ориентироваться в ситуации, последовательно восстановить события и правильно сообщить о них, не способен давать показания по делу, а данные им ранее показания по этим же причинам не считаются источником доказательств. При допросе олигофренов следует учитывать их повышенную внушаемость, в связи с чем на характер показания нередко влияет форма поставленного вопроса. Олигофрен иногда сознается в преступлениях, которых не совершал или, наоборот, упорно отрицает то, в чем изобличен полностью.

Склонность олигофренов к самооговорам и оговорам создает большие затруднения для следствия и суда. Самооговоры и оговоры — результат не только повышенной внушаемости и неудачно поставленного вопроса, но также испуга и растерянности, трудно преодолеваемых олигофреном. Иногда олигофрен оговаривает себя с целью своеобразного самовозвеличения, желания предстать в глазах окружающих в качестве «крупного преступника». Пример такого самооговора был приведен раньше (наблюдение 4).

Олигофрены, которые не способны рассудительно вести свои дела, считаются недееспособными и нуждаются в учреждении над ними опеки. К числу лиц, которые бесспорно должны считаться недееспособными, относятся идиоты, имбецилы, а также дебилы с глубокой степенью умственной отсталости. Эти лица не вправе юридически оформлять свой брак, а оформленный — судом признается недействительным. В иных случаях олигофрены лишаются родительских прав, их гражданские сделки признаются недействительными.

Легкая степень дебильности не влечет недееспособности. Такие олигофрены могут вступать в брак и оформлять его, не могут быть лишены родительских прав, если отношение их к детям правильное, вправе заключать гражданские сделки и договоры, если способны понимать значение своих действий[1]

---

[1] Подробнее см. О. Е. Фрейеров, Судебнопсихиатрическая экспертиза по делам о дееспособности при олигофрении, «Проблемы судебной психиатрии», М., сб. VII, 1957.

Глава 35

ПСИХОПАТИИ

Психопатия не является психозом. Психопат — это лицо, у которого заметно выступают уродливые стойкие черты характера и темперамента. Психопатический характер формируется в результате неблагоприятного влияния внешней среды и неправильного воспитания.

Нервная система психопата слабее нервной системы здорового человека. Однако психопат не мог бы стать им даже при наличии врожденной неполноценности высшей нервной деятельности, если не было бы влияния неблагоприятной внешней среды и плохого воспитания. Психопатические черты характера относительно устойчивы, хотя при некоторых условиях они могут ослабевать и сглаживаться, а под влиянием инфекции, травмы и других подобных причин обостряться и усиливаться, достигая настолько глубоких степеней, что возникает подозрение в наличии психоза. Психопатические черты усиливаются иногда в период полового созревания и угасают в инволюционном периоде. Считают, что даже резко выраженная психопатия не переходит в психоз.

По вопросу о происхождении психопатий и об их отношении к психозам существовали разные, диаметрально противоположные взгляды.

Многие психиатры Запада преобладающую роль в происхождении психопатий отводили наследственным и врожденным факторам и, идя дальше, устанавливали связь и зависимость преступлений психопатов от аномалий и психопатических черт их характера.

Другие пытались сблизить психопатии с психозами или устанавливали их зависимость от конституциональных особенностей и типа телосложения. Названные теории о психопатиях существуют в зарубежной психиатрии и в настоящее время.

В отечественной психиатрии учение о психопатиях связано с именем И. М. Балинского, впервые предложившего это понятие. В дальнейшем В. Х. Кандинский клинически уточнил группу психопатий и подчеркнул, что психопатии есть состояние непостоянства, изменчивости, неустойчивости и дисгармонии

отдельных сторон личности, а не какая-либо определенная форма психоза. Значительный вклад в изучение психопатий внес отечественный психиатр П. Б. Ганнушкин [1].

Учение И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности помогло глубже и правильнее понять психопатии.

Аномалии высшей нервной деятельности психопата, с точки зрения учения Павлова, проявляются в недостаточной силе и в неуравновешенности процессов торможения и возбуждения, нарушении подвижности основных нервных процессов и в недостаточной регуляции подкорковых импульсов со стороны коры мозга.

Следует отметить, что в результате перенесенных психических заболеваний — шизофрении, травматических психозов и др. — наблюдаются иногда психопатоподобные состояния, которые, однако, не следует смешивать с психопатией, так как первые есть проявление болезни на определенной ее стадии, чаще всего это — исход болезненного процесса.

Психопаты из-за своеобразия характера нередко являются объектом судебнопсихиатрической экспертизы.

Так как психопатия является сложным по своим особенностям проявлением, то многочисленные попытки дать классификации психопатий не привели пока к положительным результатам, до сих пор нет еще стройной и последовательной классификации их.

С учетом потребности судебнопсихиатрической экспертной практики следует указать на следующие формы психопатий: возбудимые, истерические, параноические, астенические, неустойчивые. Многие выделяют и другие формы, которые, несомненно, существуют, но в судебнопсихиатрической практике не имеют важного значения.

Психопаты возбудимой формы составляют наиболее многочисленную группу. Само название характеризует их.

Отличительной особенностью психопатов возбудимой формы является преобладание в их поведении повышенной аффективности, злобности, частых взрывов гнева и неистовства по ничтожному поводу, проявление агрессии по отношению к окружающим. Нередко они в состоянии раздражения ломают вещи, бьют посуду, рвут одежду, наносят самоповреждения.

Аффективные взрывы возникают быстро и также быстро проходят, после чего наступает раскаяние. Обычно эти психопаты неуживчивы с окружающими, иногда подозрительны и настороженны, придирчивы и деспотичны в семье. Для них характерны резкие колебания настроения с аффективной напря-

[1] См. П. Б. Ганнушкин, Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика, М., 1933.

женностью и приступы дисфории, нередко они обнаруживают пристрастие к алкоголю и другим наркотикам. Насколько тяжелы в поведении возбудимой формы психопаты видно на следующем примере.

59. К., женщина, 33 лет, обвинялась в совершении насильственных действий над врачом.

С детства испытуемая отличалась недисциплинированностью, рано стала употреблять алкогольные напитки, также рано начала половую жизнь.

В возрасте 18 лет впервые была осуждена за хулиганство, проходила психиатрическую экспертизу, с диагнозом психопатии, ее признали тогда вменяемой и К. отбыла наказание.

В дальнейшем периодически поступала в психиатрические больницы, выписывалась с тем же диагнозом, работала.

Во время пребывания в больнице К. придирчива к персоналу, злобна, лжива, требует к себе особого внимания. Однажды проглотила термометр, который был удален из желудка хирургическим способом. Враждебно относилась к врачам, угрожала выколоть глаза, изрезать лицо, обвиняла их в издевательстве над собой. Требовала не выписывать из больницы, так как считала необходимым длительное лечение.

Последний раз явилась самостоятельно в больницу и, когда дежурный врач отказал в приеме, узнав его домашний адрес, стала преследовать его, поджидала у дома, наносила оскорбления и побои, писала письма угрожающего и оскорбительного содержания, что и явилось поводом для возбуждения против нее уголовного дела.

Экспертная комиссия и на этот раз признала обвиняемую психопаткой типа возбудимых и вменяемой.

Возбудимые психопаты, несмотря на кажущуюся неспособность сдерживать себя в состоянии возбуждения, все же признаются вменяемыми, так как поведение их является следствием распущенности и результатом убежденности в безнаказанности.

Психопаты истерической формы имеют слабый тип нервной системы с преобладанием первой сигнальной системы. Истерический субъект, по выражению И. П. Павлова, живет в большей или меньшей степени не рассудочной, а эмоциональной жизнью. Эмоции их отличаются яркостью и внешней выразительностью. Описываемые психопаты эгоцентричны, много занимаются собой, стараются привлечь к себе внимание внешностью, необычными нарядами, яркой одеждой, оригинальными, но поверхностными суждениями. Некоторые обладают хорошим интеллектом и проявляют способности в какой-либо отрасли знаний и искусства. Поскольку мышление и суждения их носят эмоциональный характер, над логическими доводами у них господствуют чувства. У человека, вызвавшего чувство симпатии, психопаты видят только хорошее, игнорируя даже бросающиеся в глаза недостатки. Под влиянием смены чувств возможен быстрый переход к противоположным суждениям. Такие психопаты склонны к хвастовству, приукрашивают рассказы

вымыслами о мнимых успехах, необычных похождениях, любят фантазировать. Измышления и фантазии излагают так убедительно, что нередко сами начинают верить в реальность их. Женщины-истерички кокетливы, сентиментальны.

Эти психопаты впечатлительны и легко внушаемы. К систематической и напряженной работе не способны, почти всегда не удовлетворены положением в семье и обществе. Считают, что неудачи их зависят от других и меньше всего в этом винят себя.

При неприятной ситуации у таких лиц могут возникать всевозможные истерические параличи, полная утрата способности стоять, ходить и даже сидеть, нарушения речи, потеря голоса, заикание, расстройства чувствительности кожи, зрения, слуха, тики (подергивания головы, отдельных мышц лица, туловища), сердцебиение, рвота, понос. Нарушения носят функциональный характер и не являются следствием органического поражения.

Подобного рода состояния имеют иногда длительный характер, что по существу является как бы «бегством в болезнь».

У многих психопатов-истериков наблюдаются припадки, внешне сходные с эпилептическими, но отличающиеся тем, что возникают обычно в связи с волнующим поводом, а в дальнейшем, при упоминании об этом, длятся долго, проявляются не столько в судорогах, сколько в беспорядочных движениях и действиях. В состоянии истерического припадка рвут на себе одежду, кричат, мечутся из стороны в сторону или катаются по полу. При истерическом припадке обычно не бывает ни мочеиспускания, ни выделения пены изо рта. Повреждений себе они не причиняют. При энергичном воздействии каким-либо способом (приказание, вдыхание раствора нашатырного спирта) припадок иногда прекращается.

В иных, крайне редких случаях под влиянием волнений у истериков наступает состояние «мнимой смерти» (летаргия), проявляющееся угнетением всех жизненных функций до такой степени, что с трудом удается уловить деятельность сердца и дыхания.

От истерической психопатии следует отличать истерический невроз и истерические реакции, о которых говорится в следующей главе.

В судебнопсихиатрической экспертной практике истерические психопаты втречаются часто. Их преступления нередко необычны и носят характер неожиданной агрессии, немотивированных и импульсивных действий. Однако внимательное наблюдение позволяет все же установить связь этих

казалось бы чисто импульсивных действий с различными внешними поводами.

Чтобы возвеличить себя в глазах других, психопаты-истерики рассказывают фантастические истории и приписывают себе несовершенные ими преступления.

60. Н., мужчина, 22 лет, психопат с чертами глубокой незрелости и со склонностью к фантазированию, задержан за совершение кражи. На допросе заявил, что он крупный преступник, неоднократно судим и недавно совершил вооруженное ограбление и убийство. Товарищам он также неоднократно говорил, что в прошлом много раз судим и отбывал наказание. В вещах его нашли анонимные письма угрожающего характера, адресованные испытуемому, а в записной книжке — описание якобы совершенного им убийства. Однако расследованием установлено, что все эти факты вымышлены, а письма угрожающего содержания написаны самим Н. Будучи уличенным во лжи, он не давал объяснения, молчал и лишь недоверчиво улыбался. В поведении во время экспертизы жалоб не высказывал, был общителен, беспечен, часто смеялся. В дальнейшем сообщил, что все это выдумал и наговорил на себя.

Параноические психопаты относятся к сложной и своеобразной форме психопатии. Характерной особенностью параноических психопатов являются недоверчивость, подозрительность, склонность к образованию так называемых сверхценных идей, оказывающих влияние на все их поведение. Такого рода доминирующие идеи заполняют сознание психопата, который не способен переключаться на другие переживания. Охваченный такими идеями психопат убежден в своей правоте, не обращает внимания на разумные доводы и возражения, разубедить его трудно и невозможно.

Наряду с эмоциональной вязкостью они отличаются повышенным самомнением, переоценкой своих возможностей и значимости в обществе, себя считают борцами за справедливость. Упорно и настойчиво работают над малосущественными изобретениями, которые, по их мнению, имеют особо важную ценность. Они неуживчивы и агрессивны, с подозрением относятся к окружающим, обороняясь, всегда переходят в нападение, злопамятны, упрямы и настойчивы, в борьбе за воображаемые права проявляют большую находчивость и ни перед чем не останавливаются, чтобы исполнить принятое решение.

Часто сверхценные идеи параноических психопатов лежат в основе их сутяжного поведения. Убеждение такого психопата в том, что к нему несправедливы, ведет к активным действиям по восстановлению якобы ущемленных прав.

Обычно сутяжное поведение психопата начинается после конфликта, в котором он в какой-либо степени является несправедливо пострадавшим. После неудачной попытки восстановить права, психопат-сутяжник начинает бесконечные конфликты и подает жалобы во все инстанции, упорно добивается

наказания «виновных». Круг лиц, к которым сутяжник предъявляет претензии, постепенно расширяется, в число врагов и недоброжелателей включаются работники следствия, суда, прокуратуры, эксперты, которые якобы «перешли» на сторону противников. В домогательствах психопат-сутяжник нередко доходит до агрессии по отношению к воображаемым врагам.

Их жалобы и заявления многословны, насыщены ненужными деталями и ссылками на документы. Уже по содержанию писем, охваченности сутяжника борьбой «за восстановление справедливости» и стремлению «разоблачить и вскрыть» непорядки и нарушение законов, можно судить о недостаточной критике психопата и даже о некоторой его умственной ограниченности.

В борьбе за ущемленные права психопаты умело отыскивают сторонников, убеждают многих в своей бескорыстности и правоте. Некоторые из них обнаруживают сильные волевые качества, большую настойчивость и инициативу.

Группа **неустойчивых или реактивнолябильных психопатов** немногочисленна. Отличаются они непостоянством интересов и частыми колебаниями настроения, переходящего из одной крайности в другую. Настроение обычно меняется беспричинно, хотя поводы для этого незначительны. Бывают хорошие дни, когда они спокойно переносят даже огорчения, и дни, когда они почти не выходят из тоскливого угнетения или гневной раздражительности, которая является основной чертой такого психопата. Порог выносливости у них очень невысок. Длительность аффекта до известной степени оказывается адекватной фактору, вызвавшему эти изменения.

Неустойчивые психопаты ввиду склонности их к расстройствам настроения и приступам депрессии в большой степени представляют опасность для самих себя, чем для окружающих. Они склонны к самоубийству и самоповреждениям даже в условиях заключения.

Один психопат после совершения преступления с целью самоубийства глотал все, что можно было проглотить в его условиях. При хирургическом вмешательстве из желудочно-кишечного тракта удалены шесть термометров, шесть черенков от металлических ложек, сорок проволочных крючков кроватной сетки, один оконный шпингалет, куски тряпок.

Находясь в психиатрической больнице на лечении, он объявил голодовку и снова проглотил термометр, предварительно раскусив его.

Дисфорические нарушения у таких психопатов периодически повторяются и длятся более или менее продолжительное время, что создает впечатление некоторой цикличности. Поэтому дисфории психопатов по течению иногда сближаются, по крайней мере внешне, с циркулярными формами психозов.

При наличии частых и глубоких смен настроения описываемые психопаты в редких случаях могут быть признаны невменяемыми. Они очень внушаемы, легко подпадают под влияние других, увлекаются азартными играми, приучаются к наркотикам. Некоторые обладают хорошими способностями, но из-за неустойчивости интересов не находят применения своих сил, легко переключаются с одной работы на другую, не имеют постоянных привязанностей.

Психопаты астенической формы — это обладатели слабой, невыносливой нервной системы, с низким пределом работоспособности и значительной истощаемостью нервных клеток. Невыносливость касается как физических, так и психических сил психопата.

По характеру астенические психопаты вялы, беспомощны, инертны, мнительны, чувствительны к замечаниям, постоянно сомневаются в правильности своих действий, неуверенны в силах и способностях. Под влиянием чувства собственной неполноценности они высказывают мысли о самоубийстве. Будучи застенчивыми и нерешительными, все же иногда они дают срывы в виде агрессии. Настроение большей частью тоскливое.

Разновидностью астенических психопатов является **психастеническая форма психопатии.** Психастенические психопаты проявляют тревожно-мнительный характер, они нерешительны, застенчивы, пугливы, с боязнью относятся ко всему новому, охвачены постоянными сомнениями, не уверены в себе. Нередко фантазируют и мечтают.

Особо следует остановиться на извращениях сексуального влечения, которые наблюдаются у психопатов, что явилось поводом для выделения специальной группы так называемых *сексуальных психопатов* или психопатии с сексуальными извращениями.

К сексуальным извращениям относятся гомосексуализм (сексуальное влечение к особам своего же пола), педофилия (сексуальное влечение к детям), содомия (половое сношение человека с животным), некрофилия (половое сношение с трупом), фетишизм (половое возбуждение при прикосновении или разглядывании одежды и предметов туалета особ противоположного пола — наблюдение 20), эксгибиционизм (циничное обнажение половых органов в присутствии детей и лиц другого пола). Сюда же относится садизм и мазохизм[1].

Необходимо иметь в виду, что сексуальные извращения наблюдаются не только у психопатов, но и у психически больных

[1] Особенности перечисленных извращений изложены в гл. 20.

(например, при старческом слабоумии, артериосклеротическом психозе, эпилепсии, прогрессивном параличе, шизофрении), а также у психически здоровых — развращенных, распущенных, пресытившихся сексуальной жизнью лиц.

61. С., женщина, 25 лет, обвинялась в убийстве девочки 6 лет — Веры Ш. Обвиняемая рано потеряла родителей и с пяти лет воспитывалась в детском доме. В семилетнем возрасте, под влиянием старших подруг, стала заниматься онанизмом, с десяти лет начала жить половой жизнью, к которой ее склонили старшие по возрасту мальчики. После окончания ремесленного училища работала ткачихой на фабрике. Легко вступала в половые связи с малознакомыми мужчинами. Наряду с этим совместно с подругами продолжала заниматься онанизмом. С 18-летнего возраста совершала развратные действия с малолетними девочками, с которыми «чувствовала себя особенно хорошо, так как их не стеснялась». Два года тому назад стала употреблять спиртные напитки.

В день правонарушения С. выпила пол-литра вина. Около трех часов дня, встретив Веру, позвала ее пойти собирать цветы. На берегу речки С., под влиянием полового возбуждения, начала совершать над девочкой различные развратные действия. Когда девочка стала звать на помощь, обвиняемая, затянув шею косынкой, удушила ее. Продолжая находиться в состоянии полового возбуждения, она мертвой девочке разорвала влагалище и промежность, а живот порезала зеркалом. Труп засыпала листьями и землей, возвратилась в деревню и спрятала за печь в бане косынку, которой душила девочку, опасаясь, что обнаруженная косынка изобличит ее в убийстве. При задержании созналась в убийстве, но, боясь мести односельчан, вначале отказалась указать место нахождения трупа, обещая сделать это вечером, когда будет меньше народу.

В период пребывания на экспертизе правильно ориентировалась в окружающем, хорошо понимала обращенные к ней вопрссы, при беседе с врачами была угодлива, льстива, подчеркивала наличие психической неполноценности.

Нарушений памяти у испытуемой не отмечалось, суждения отличались некоторой наивностью, она правильно ориентировалась в ситуации, хорошо понимала противозаконность поступков.

Судебнопсихиатрическая экспертиза дала заключение: психическим заболеванием испытуемая не страдает, является психопатической личностью со склонностью к половым извращениям; в момент совершения преступления находилась вне какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности; в отношении инкриминируемых деяний вменяема.

Как показывает анализ обстоятельств правонарушения, обвиняемая в период его совершения отдавала отчет в своих действиях, понимала тяжесть содеянного, правильно оценивала свои поступки. Преступление совершено в связи с присущей ей половой распущенностью и садистическими тенденциями, интенсивно проявляющимися у нее под влиянием алкоголя.

Половые извращения, в том числе и садистические акты, сами по себе не являются показателями психического заболевания и развиваются чаще всего под влиянием раннего пробуждения сексуальности. Последняя возникает под воздействием неблагоприятных внешних условий (случайные наблюдения над

сексуальными взаимоотношениями взрослых, чтение соответствующей литературы). Допускается возможность возникновения сексуальных извращений, особенно гомосексуализма, в связи с отклонением от обычного строения желез внутренней секреции.

В отношении психопатов оздоровительные мероприятия заключаются не столько в медикаментозном и ином лечении, сколько в мерах воспитательного характера, направленных на предупреждение формирования психопатических особенностей и на их устранение, если они уже имеются. Важнейшими из предупредительных мероприятий являются правильное воспитание ребенка, создание благоприятной среды, приучение к систематическому труду, воспитание здоровой волевой направленности.

Дисциплинирующая обстановка и правильное отношение окружающих может оказать благотворное влияние на психопата и его поведение. Наоборот, всякого рода ничем не оправдываемые снисхождения и поблажки еще больше укрепляют психопатические черты, делая их привычной формой поведения.

Проводимые в нашей стране мероприятия по оздоровлению труда и быта дают хорошие результаты — количество психопатов уменьшается.

В большинстве случаев при совершении преступлений психопаты не лишены способности правильно руководить своими действиями и отдавать себе в них отчет. Поэтому они признаются вменяемыми, если в тот период не было болезненного состояния.

Невменяемые психопаты — редкое исключение. Чаще всего невменяемыми признаются невыносливые, астенизированные, беспомощные, лишенные внутренней организованности психопаты. Сюда также относятся некоторые параноические психопаты и сутяги с глубокими аномалиями характера в сочетании с интеллектуальной недостаточностью и некритичностью. Иногда психопаты признаются невменяемыми в результате резкого усиления психопатических черт характера в период возрастных изменений.

При разрешении вопроса о вменяемости особая осторожность необходима в отношении психопатов примитивного склада с проявлением фанатизма и суеверия. Поскольку эти проявления имеют психологический, а не психопатологический характер и обусловлены не болезнью, а средой, воспитанием, культурным уровнем, нет оснований признавать таких лиц психически больными, а следовательно, и невменяемыми. Редко невменяемыми признаются психопаты-фантазеры с резко выраженной психической незрелостью и инфантилизмом.

62. Б., мужчина, 20 лет, обвинялся в ограблении приходной кассы коммунального банка и убийстве милиционера.

Воспитывался Б. без отца, в детстве перенес дифтерию, скарлатину, корь, травму головы. В школе учился плохо, хотя обнаруживал способности. Любил историю, географию и литературу, с увлечением читал книги о походах и подвигах богатырей, рыцарей, полководцев. Любил мечтать, «жил» в описываемой в книгах обстановке. Любил мастерить воинские доспехи: мечи, луки, копья, облачался в них и с ребятами или один разыгрывал сражения «по всем правилам военного искусства». Любил также лепить различные фигуры, выжигание по дереву, увлекался стихами Лермонтова, находил у него «родственную душу», сам писал стихи. Дома конфликтовал, «дело доходило до драк». Считал, что мать «не понимает» его, стал уходить из дома, ночевал на чердаке, а дни проводил в лесу, «любуясь природой» и «закалял тело и волю». Заниматься делом он «не мог и не хотел». По настоянию родственников устраивался на работу грузчиком, слесарем, но затем оставлял работу. «Однообразие работы» тяготило, совершал прогулы, работал плохо. Среди рабочих хвастался силой и выносливостью; в доказательство двигал тяжелые вагонетки, плиты, прыгал по горячему шлаку. Последнее время жил на случайные заработки.

Так как Б. «надоели упреки родных» в том, что является обузой, он решил во что бы то ни стало завладеть значительной суммой денег и уехать в другой город. С этой целью наметил для ограбления приходную кассу, расположенную на узкой малолюдной улице. Ночью, вооружившись заготовленным заранее самодельным мечом-палашом в ножнах, как «наиболее действенным видом оружия», каской, сделанной из фары мотоцикла, и матерчатой маской, выбил стекло в окне приходной кассы, проник в помещение и пытался вскрыть сейф. Поскольку это ему не удалось, то через четыре дня ночью повторил «операцию», снова взяв с собой меч, маску, каску и домашнюю тачку.

В подъезде дома, расположенного недалеко от кассы, надел на себя маску и каску, прицепил палаш и проник в помещение кассы. Затем выкинул в окно денежный сейф, весом 65—70 кг, погрузил на тачку и повез по булыжной мостовой, что и привлекло внимание постового милиционера. Последнему сказал, что везет сейф по поручению отца, правильно назвал свою фамилию и адрес, отдал находившееся при нем свидетельство о рождении.

По предложению милиционера покатил повозку к отделению милиции. По дороге возникла мысль убить милиционера, думал, что «лучше получить расстрел, чем сидеть в тюрьме за кражу». С этим намерением мечом нанес удар по голове милиционеру. Затем, бросив тачку с сейфом недалеко от упавшего милиционера, взял каску, палаш и пошел к железнодорожной станции. Поездом доехал до леса, спрятал палаш и каску, бродил по лесу, собирал ягоды, а к вечеру проголодался и приехал в город, где и был задержан. Сразу же сознался в правонарушении.

При обследовании установлено, что испытуемый в ясном сознании, ориентирован в месте, времени, окружающей обстановке, знает цель помещения в экспертное учреждение, охотно рассказывает о переживаниях; временами иронизирует над собой, любит произносить многозначительные слова и фразы. Рассказывает явно вымышленные фантастические истории, якобы имевшие место в его жизни, основная цель которых заключается в том, чтобы повысить собственную значимость. При указании на неправдоподобность рассказов, соглашается, что все это он «сочинил».

При изложении мыслей формально логичен, обнаруживает запас знаний, соответствующий образованию. Однако суждения поверхностны, незрелы и соответствуют ребенку 10—12 лет. Ориентировка в практической ситуации недостаточная.

С детской непосредственностью рассказывает об интересующих его до сих пор занятиях фехтованием и маршировкой. Хвастливо заявляет, что обладает необходимыми качествами полководца, а именно: «храбростью, выносливостью, умением владеть оружием». Много времени проводит в постели, читает журналы, газеты, беседует с соседями по койке на военные темы. В трудовых мастерских работает несистематически, говорит, что «однообразное занятие быстро надоедает». Спит и ест хорошо. О правонарушении рассказывает подробно. Не оценивает до конца тяжести содеянного; рассказывая об этом с восхищением, говорит, что у него «иного выхода не было, хотя и жаль убитого человека». С напускным равнодушием говорит, что его совершенно не пугают возможные последствия содеянного. Галлюцинаций и бреда у испытуемого не отмечается.

Дано заключение, что испытуемый обнаруживает признаки глубокой психопатии с чертами незрелости психики, степень которых выражена столь значительно, что испытуемого можно рассматривать как душевнобольного; поэтому в отношении инкриминируемого ему деяния следует считать невменяемым и нуждающимся в принудительном лечении в психиатрической больнице специального типа.

Выраженные психопатические особенности и умственная незрелость (инфантилизм) главным образом и послужили основанием для признания его невменяемым.

Затруднения при экспертизе психопатий связаны преимущественно с диагностикой, поскольку психопатии по клиническим проявлениям бывают сходны с некоторыми психическими заболеваниями процессуального характера и чаще всего с шизофренией. Отграничивать психопатию от шизофрении не всегда легко. Особенно труден дифференциальный диагноз между параноидной формой шизофрении и психопатией с фантастическими измышлениями и параноидными проявлениями. Следует учитывать, что параноидные высказывания психопатов носят обычно однотипный характер на протяжении ряда лет, не нарушают жизненной приспособляемости психопата и не отражаются на его поведении.

Отсутствие прогредиентности психопатологических проявлений, как правило, говорит против шизофрении.

Большинство невменяемых психопатов подлежит принудительному содержанию в психиатрических больницах, а некоторые из них в психиатрических больницах специального типа.

В принудительном лечении нуждаются возбудимые и параноидные психопаты. Некоторые астенические психопаты могут находиться под наблюдением районного психиатра, так как в силу их инертности, снижения активности и чувства собственной неполноценности они в наименьшей степени представляют общественную опасность.

Содержание вменяемых психопатов в местах заключения — один из сложных вопросов. Психопаты должны содержаться

в местах лишения свободы на общих основаниях, наравне с остальными заключенными, при этом нужно стремиться не к концентрации их в одном месте, а к распылению по отдельным подразделениям.

Медицинское обслуживание психопатов не должно отличаться от общих принципов и форм обслуживания других лиц, отбывающих наказание в исправительно-трудовых учреждениях.

Основная задача в отношении психопатов так же, как и в отношении остальных заключенных, сводится к перевоспитанию на основе приобщения к общественно полезному труду и возвращению к честной трудовой жизни. Если же у психопатов в местах заключения возникает реактивное состояние или явления декомпенсации, к которым они склонны, то психопаты могут быть направлены в психиатрическую больницу преимущественно мест заключения до выхода из болезненного состояния. Но реактивное состояние или декомпенсация как всякое преходящее болезненное состояние не является основанием досрочного освобождения.

Как правило, психопаты могут быть допрашиваемы в качестве свидетелей и давать показания. Некоторые затруднения представляют иногда показания параноидных психопатов и психопатов-фантазеров. Наличие указанных психопатологических особенностей в большинстве случаев все же не может явиться основанием для лишения таких лиц права давать показания. Некоторые затруднения возникают также при оговорах и самооговорах психопатов. Необходимость в экспертизе возникает тогда, когда в глаза бросается неправдоподобность, фантастичность и явно болезненная трактовка психопатом излагаемых фактов.

Психопаты даже при ярко выраженных психопатических проявлениях не лишаются дееспособности. Так, дееспособной была признана психопатка с истерическими проявлениями в виде припадков и параличей и вместе с тем хорошо ведущая свои дела и правильно оценивающая свое положение. Психопаты параноидной формы иногда признаются недееспособными.

Затруднения возникают при психиатрической экспертизе самоубийц-психопатов. Склонность к нанесению различного рода самоповреждений, а также попытки к самоубийству у такого рода лиц носят в основном характер демонстрации, протеста и стремления обратить на себя внимание в связи с домогательствами или желанием произвести впечатление и воздействие на окружающих. Как показывает судебнопсихиатрический опыт, демонстративные самоповреждения и покушения на самоубийство психопатов совершаются с учетом возможного оказания помощи и предупреждения неблагоприятного исхода.

Психопат вскрыл себе вену находясь у телефона-автомата, по которому предварительно вызвал скорую помощь. В этом отношении особенно выделяются психопаты-истерики, покушения которых на самоубийство носят несерьезный, показной характер, со свойственной им позой и рисовкой. Истерики редко доводят попытку до конца, большей частью неоднократно принимаются за нее с открытым приготовлением и разглашением намерения, как бы бравируют угрозами, наслаждаются эффектом слов или напротив, стремятся вызвать сочувствие и сострадание окружающих.

Но в отдельных случаях психопаты наносят себе тяжелые повреждения не с целью демонстрации, а с явным намерением покончить жизнь самоубийством.

Глава 36

НЕВРОЗЫ И РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Неврозы и реактивные состояния возникают под влиянием психических травм и субъективно тяжелых психических переживаний, носят функциональный характер, т. е. не сопровождаются органическими изменениями вещества мозга, а выражаются только в расстройстве функций, в картине заболевания нередко отражается характер психической травмы; наконец, неврозы и особенно реактивные состояния являются обратимыми, преходящими, так как после устранения травмирующей ситуации и смягчения тяжести переживаний психическое здоровье обычно полностью восстанавливается.

Опыты И. П. Павлова над животными позволили понять сущность функциональных расстройств у человека.

Экспериментально доказано, что нервные клетки коры мозга имеют определенный предел работоспособности. При воздействии раздражителей, по силе превышающих работоспособность нервной клетки, наступает запредельное торможение. Оно выражается в отказе клетки выполнять свои функции. Не будь такого торможения, сверхсильное раздражение и непосильная нагрузка на нервную клетку привели бы к полному истощению ее.

Развиваясь на основе одного и того же патофизиологического механизма (срыва высшей нервной деятельности), неврозы и реактивные состояния проявляются в разных клинических картинах.

Неврозы

Неврозы характеризуются тем, что возникают под влиянием длительной травмирующей ситуации, чаще всего у лиц с неустойчивой нервной системой. Предрасполагающей причиной является истощение организма и нервной системы в результате инфекции, интоксикации, перенапряжения и утомления.

Формируется невроз медленно и постепенно.

Проявляется он функциональными нарушениями в соматической сфере: сосудистыми расстройствами, нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, вегетативными рас-

стройствами, а в психической сфере — эмоциональной неустойчивостью и раздражительной слабостью.

К неврозам относятся неврастении, психастении и истерический невроз.

Неврастения — распространенное заболевание, выражающееся обычно в повышенной аффективной раздражительности, эмоциональной неустойчивости, рассеянности, повышенной утомляемости, упадке работоспособности, головных болях, головокружениях, бессоннице. Лица, страдающие неврастенией, часто обращаются к врачам с разнообразными жалобами на неприятные ощущения боли в области сердца, на вегетативные нарушения.

Неврастения не является психозом. Однако следует иметь в виду, что некоторые психические заболевания (например, прогрессивный паралич) начинаются неврастенической симптоматикой.

Психастения характеризуется явлениями навязчивости, навязчивыми идеями, страхами (ф о б и я м и), боязнью высоты, острых предметов — ножей, бритв, вилок, иголок и боязнью заразиться какой-либо болезнью, навязчивым счетом (ступеней лестницы, количества этажей здания и т. п.).

Навязчивые мысли, влечения и представления иногда переходят в навязчивые действия.

Явления навязчивости в легкой степени или при большом сопротивлении могут быть преодолены больным. Так, если появляется навязчивое желание совершить опасное действие или неприличный поступок, то после длительной внутренней борьбы подобное желание обычно все же остается нереализованным. К навязчивым состояниям такие лица относятся критически, понимают их несуразность.

При тяжелых степенях навязчивых проявлений больные стесняются своих поступков, не появляются на людях и становятся почти неработоспособными.

Явления навязчивости наблюдаются не только при неврозе, но и у психопатов психастенической формы[1].

Невроз истерического типа проявляется в разнообразной и пестрой симптоматике, но чаще всего наблюдаются истерические припадки, истерические параличи, нарушения кожной чувствительности, временная потеря речи и другие явления, о которых сказано в предыдущей главе.

Упомянутые неврозы рассматриваются в качестве состояний, которые отличаются от психопатий временным и менее устойчивым характером, а от реактивных психозов — меньшей

[1] Такие явления навязчивости описаны в гл. 20.

глубиной. Наглядно это можно видеть при сравнении психопатии истерической формы с неврозом истерического характера и психогенной истерической реакцией.

Клиническая картина неврозов, как уже отмечалось, формируется медленно и хотя неврозы носят большей частью длительный характер, но все же не ведут к психозам. Таких симптомов, как галлюцинации, бред, слабоумие, при неврозах не наблюдается. У больных полностью сохраняется критика к окружающему и к заболеванию.

Судебнопсихиатрическое значение невроза невелико. Обычно наличие его, выраженного в любой степени, не влечет невменяемости, не лишает способности быть свидетелем и давать показания и не является основанием для досрочного освобождения от наказания.

Некоторые затруднения диагностического характера возникают в связи с тем, что явления навязчивости наблюдаются не только в качестве проявления невроза, но и в качестве одного из болезненных симптомов при шизофрении.

Реактивные состояния

Реактивные сотояния называются также **психогенными ситуационными реакциями.** Этим подчеркивается зависимость их возникновения от психических травм и связанных с травмами переживаний.

Реактивное состояние при большой силе психической травмы может наступить у любого человека. Однако у отдельных людей оно бывает не одинаковой глубины и возникает с разной скоростью, что зависит от состояния нервной системы и типа высшей нервной деятельности. Легче и чаще всего реактивное состояние возникает у лиц с неполноценной или ослабленной нервной системой, психопатов, у лиц с артериосклерозом, перенесших травму мозга, у юношей в период созревания и у пожилых в период инволюции, у олигофренов с неглубоким слабоумием.

У глубоко слабоумных лиц реактивных состояний не наблюдается, так как их умственная недостаточность исключает психическую переработку и значительные переживания травмирующей ситуации.

В группу реактивных состояний входят: реактивные состояния, возникающие внезапно и протекающие остро (шоковые реакции, состояния аффекта), реактивные состояния, появляющиеся после длительной психологической переработки психической травмы и принимающие форму то реактивной депрессии или реактивного ступора, то форму психогенной реакции исте-

рического типа, синдрома псевдодеменции, ганзеровского синдрома, пуэрилизма, реактивного галлюциноза, реактивного параноида, синдрома бредоподобных фантазий.

Реактивное состояние типа психогенного шока, названного по аналогии с шоком в физиологической области, наступает в результате внезапно возникшего испуга и страха в связи с прямой угрозой жизни при стихийных бедствиях и катастрофах — землетрясении, горном обвале, наводнении, транспортной аварии, пожаре, неожиданной гибели на глазах близких людей и т. д.

Проявляются шоковые состояния в одних случаях во внезапно наступившем состоянии неподвижности, оцепенения, своеобразном «параличе чувств» и «остановке» всех психических проявлений. Человек в этот момент не в состоянии произнести ни слова, хотя окружающее воспринимает правильно.

Пожилая женщина, например, была свидетельницей мгновенной гибели сына. После слов: «Что ты наделал, сын мой!» — замолчала и в состоянии своеобразного оцепенения находилась несколько дней: не ела, не ложилась, на обращения не реагировала. Затем, как бы внезапно осознав горе, разрыдалась. Обычно такое состояние оцепенения длится несколько минут, часов, а иногда и дней и сразу же прекращается.

В других случаях внезапно возникшее шоковое реактивное состояние проявляется, наоборот, в бурном двигательном возбуждении, бессмысленных непрерывных хаотических действиях, безотчетном метании из стороны в сторону, беспокойстве, дезориентировке, выкриках нечленораздельных звуков. Такого рода реакции наблюдаются, например, при землетрясениях и пожарах. С выражением ужаса на лице люди совершают ничем не оправданные поступки: бросаются с высоты через окна, в то время как была возможность уйти через двери, прячутся под стены, от которых следовало бы убегать. Обычно воспоминание о данном периоде не сохраняется.

В судебнопсихиатрической практике реактивные состояния шокового характера почти не встречаются.

Некоторое сходство с реакцией шокового характера имеет аффективный взрыв типа патологического аффекта. Под последним, как уже указывалось, понимается кратковременное болезненное состояние, возникающее психогенным путем в результате тяжелых сильных «страстей», волнений, особенно гнева, неожиданного оскорбления, унижения.

Последовательность развития такого аффективного взрыва можно проследить в следующем наблюдении.

63. В., женщина, 42 лет, обвинялась в убийстве мужа. Преступлению предшествовала длительная тяжелая семейная ситуация, связанная с тем, что муж последнее время ухаживал за соседкой по квартире, не стесняясь

жены, приносил дорогие подарки и демонстративно передавал некоторые ценные вещи, приобретенные за период долголетней совместной жизни.

Попытки В. урегулировать взаимоотношения с мужем обычно заканчивались нанесением ей оскорблений и угроз «пустить нищей по миру». Последнее время такая жизнь В. стала особенно невыносимой, здоровье обвиняемой резко ухудшилось, появилась бессонница, забывчивость, рассеянность, тоска. В. почти все время плакала, не находила себе места. Однажды, вернувшись домой, увидела мужа, складывающего снятый со стены ковер. На вопрос, зачем он это делает, муж стал грубо оскорблять и выталкивать ее из комнаты.

Смутно припоминает как, не чувствуя себя от обиды, увидела лежащую рядом с ковром скалку, которой начала бить мужа. «Дальше все помутилось в голове». Помнит, что била «кажется, долго и бессознательно», что было дальше — не знает. Очнулась примерно часов в пять утра лежащей на сундуке. Рядом лежала окровавленная скалка. Увидев мертвого мужа, В. только тогда поняла, что убила его.

По материалам дела ряд обстоятельств, на которые ссылалась обвиняемая, объективно подтвердился.

При обследовании у В. обнаружены незначительные явления артериосклероза головного мозга.

Эксперты дали заключение, что убийство совершено обвиняемой в состоянии аффективного взрыва, чему предшествовала длительная депрессия психогенного характера.

Значительно чаще в судебнопсихиатрической практике наблюдаются реактивные состояния, которые возникают не внезапно и не сразу после психической травмы, как при реакции шокового характера и аффектах, а в результате длительных переживаний и напряженной, мучительной психологической переработки травмирующей ситуации. Причинами таких переживаний могут быть возбуждение уголовного дела, арест, содержание под стражей, изменение режима в местах заключения, отказ в помиловании, неприятные вести из дома.

Эти реактивные состояния носят иногда неглубокий, нестойкий характер и быстро проходят. Но в некоторых случаях они достигают глубокой степени, тянутся длительное время и носят характер психоза.

Рассмотрим отдельные формы таких состояний.

Реактивная депрессия — частая форма, возникающая в ответ не только на психические, но и на соматические вредности.

Характеризуется она угнетенным настроением, психической и физической заторможенностью.

У больных, находящихся в такой депрессии, выражение лица скорбное и страдальческое, речь тихая, больной говорит шепотом, с большими паузами, задаваемые вопросы понимает, правильно ориентируется, но ему все рисуется в мрачных, безнадежных тонах, мысли сосредоточены на травмирующих событиях, поведение сопровождается растерянностью, тревогой. Больные громко плачут, ищут сочувствия у окружающих,

плохо спят, отказываются от еды. Некоторые из них в таком состоянии сидят неподвижно или лежат в постели, не проявляя инициативы. У иных появляется нестойкий депрессивно-параноидный синдром с бредовыми идеями преследования и бредом помилования.

Иногда реактивная депрессия сопровождается зрительными и слуховыми представлениями, приближающимися по яркости к галлюцинациям. Содержание переживаний отображает ситуацию, в которой находится больной. Депрессия нередко сопровождается ипохондрической симптоматикой.

В картине реактивной депрессии часто выступают истерические явления с налетом патетики, некоторой искусственности и несоответствия внешних выразительных проявлений действительной глубине депрессии.

Реактивная депрессия возникает главным образом после совершения преступления, во время отбывания наказания и крайне редко предшествует преступлению, и также редко преступление совершается в депрессивном состоянии.

Обычно реактивная депрессия со временем проходит, психическое здоровье полностью восстанавливается, и только у отдельных лиц преклонного возраста, а также при наличии физического истощения она принимает затяжное течение и глубокий характер.

Реактивный ступор внешне может быть сходен со ступором при других заболеваниях, в частности, с кататоническим при шизофрении.

Больные в состоянии реактивного ступора неподвижны, все время находятся в одной и той же застывшей позе, не разговаривают и не отвечают на вопросы, а если и разговаривают, то мало, речь их однообразна. Они упорно отказываются от еды и лекарств. Мимика лица выражает страх, глаза широко раскрыты, от малейшего прикосновения вздрагивают, как от электрического тока, в то время как при кататоническом ступоре выражение лица застывшее и безразличное, больной ни на что не реагирует. При напоминании о фактах, с которыми связаны тяжелые переживания, у реактивного больного появляется ряд вазомоторных изменений: покраснение лица, обильный пот, учащение пульса. При кататоническом ступоре таких изменений в аналогичных условиях, как правило, не наблюдается. У больного в состоянии реактивного ступора сознание расстраивается, становится неясным, суженным, чем он и отличается от симулятивного ступора.

Реактивный ступор, даже если он выражен глубоко, все же является преходящим и заканчивается полным выздоровлением. Только в отдельных случаях он принимает затяжное

течение, и тогда больной нуждается в длительном лечении в психиатрической больнице.

64. С., мужчина, 28 лет, обвинялся в убийстве и ограблении.

В детстве рос и развивался нормально, по характеру был замкнутым и вспыльчивым. Окончил семь классов средней школы, учился хорошо, жил без родителей, обучался сапожному ремеслу. Неоднократно привлекался к уголовной ответственности за кражи и отбывал наказание. Болел малярией и возвратным тифом. Последние семь лет употреблял морфий, в связи с чем находился на лечении в психиатрических больницах.

После убийства, совершенного совместно с двумя другими лицами, он при допросах был активен, отрицал вину. Затем стал утверждать, что в день убийства находился под действием морфия и поэтому не помнит, что делал. На суде после очной ставки, изобличавшей его в убийстве, перестал отвечать на вопросы, не реагировал на обращение. Присутствующий в судебном заседании эксперт-психиатр дал заключение, что обвиняемый обнаруживает реактивное состояние в форме психогенного ступора.

На экспертизу был доставлен на носилках. На протяжении четырех месяцев оставался недоступным, все время лежал в постели с закрытыми глазами, на обращение не реагировал, на вопросы не отвечал, стонал. Самостоятельно не ходил, но в постели активно менял положение, был неопрятен мочой и калом. Укол булавкой не вызывал ответной реакции, отказывался от пищи, его кормили через зонд, при этом оказывал сопротивление, сжимал зубы, вырывал питательную смесь.

Было дано заключение, что в период времени, относящийся к инкриминируемому деянию, обвиняемый не обнаруживал психического заболевания и был вменяем; после ареста наступило временное расстройство психической деятельности в форме психогенного ступора.

В связи с тем, что ступор принял затяжной характер, обвиняемый был направлен на лечение в психиатрическую больницу мест заключения. Через несколько месяцев соматическое и психическое состояние улучшилось настолько, что он предстал перед судом.

Иногда после выхода из реактивного ступора эти лица уже сознательно продолжают вести себя так, как и в состоянии ступора. Вся болезненная симптоматика в этот период носит уже искусственный, симулятивный характер.

При отказе от пищи, даже при регулярном искусственном кормлении, у ступорозных больных иногда наступает физическое истощение, что в свою очередь может значительно утяжелить их психическое состояние, а при появлении сердечной слабости не исключается смерть.

Психогенные реакции истерического характера — одна из частых форм реактивных состояний, встречающихся в экспертной практике. В картине рассматриваемого реактивного состояния преобладают самовнушения, «бегство в болезнь» и целевые установки. Последние выражаются в желании лица быть больным (а не только казаться им, как бывает при симуляции) для того, чтобы избежать предстоящей ответственности за совершенные проступки, добиться некоторых льгот, облегчить режим, попасть в больницу.

Истерические реакции наблюдаются не только у психопатов-истериков, но и у психически здоровых людей в условиях тяжелых переживаний. Всякого рода соматические нарушения, сопутствующие истерической реакции, обычно не имеют под собой органической основы. Такого рода проявления нередко имеют психологическое содержание: паралич ног отражает нежелание ходить, передвигаться, истерическая глухонемота — нежелание общаться с окружающими.

Подобного рода нарушения обычно бесследно проходят после устранения вызвавшей их причины или после того, как человек внутренне примирился с создавшимся положением. При неблагоприятных условиях такие нарушения могут возобновляться по уже известному образцу.

Реактивное состояние истерического типа выражается также в наступающих истерических припадках. Как утверждают многие исследователи, при самом глубоком истерическом припадке сознание помрачается не полностью.

Нередко больной с истерическим расстройством сознания как бы выключается из реальной действительности и живет в мнимой ситуации: женщина, потерявшая мужа, считает его живым, как бы ухаживает за ним, ведет с ним беседу, мать, потерявшая ребенка, делает из полотенца куклу и няньчит его, осужденный к длительному сроку заключения ведет себя так, как будто бы он оправдан или помилован. В указанных случаях говорят об истерических психозах. При затяжном течении, как установил А. Н. Бунеев, [1] наблюдается, как правило, обеднение истерической симптоматики, особенно при физическом истощении.

Реактивные состояния истерического типа в отдельных случаях проявляются в некоторых своеобразных психопатологических синдромах, среди которых выделяются псевдодеменция и пуэрилизм.

Синдром псевдодеменции (ложное слабоумие) — одна из форм истерической реакции. Выражается она в том, что больной, на фоне суженного сознания, ведет себя как бы нарочито нелепо. Он «не знает» своего имени, не может сказать сколько лет, где находится, какое сейчас время года. На элементарные вопросы дает неправильные ответы, не может назвать дни в неделе, считает с ошибками ($2 + 3 =$ «6», $3 + 5 =$ «7» и т. п.). Больной заявляет, что у него два носа, три уха, на руке семь пальцев, а на двух руках — тринадцать. При этом пытается создать впечатление, что задание ему не под

[1] См. А. Н. Бунеев, Проблемы реактивных состояний в судебнопсихиатрической клинике, «Проблемы судебной психиатрии», сб. VI, 1947, стр. 112.

силу; прежде чем ответить, сколько пальцев у него на ноге, снимает обувь, пересчитывает пальцы по одному и все же дает неправильный ответ. При нелепых ответах на легкие вопросы псевдодементный вместе с тем хорошо справляется с более сложной и трудной ситуацией, в которой может неожиданно оказаться.

Внешне псевдодеменция напоминает симулятивное поведение, но отличается от последнего тем, что псевдодеменция протекает при несколько измененном сознании, в то время как симуляция — без нарушения сознания.

В одним случаях псевдодеменция протекает с психомоторной расторможенностью и дурашливостью. Поведение таких лиц имеет налет театральности и искусственности. Больные беспричинно смеются, таращат глаза, у них глупое выражение лица. В других — она сопровождается подавленным настроением, тоскливостью, депрессией.

Псевдодеменция — состояние кратковременное, длится обычно несколько дней, реже — несколько недель, в виде исключения — больший срок и в дальнейшем обычно заканчивается выздоровлением, или же переходит в депрессию, ступор, а иногда в симуляцию.

65. Д., мужчина, 30 лет, осужден за хулиганство. Осуждение переживал тяжело, плохо спал, мало ел. Затем стал вести себя неправильно, зимой в одних кальсонах выбежал из барака, был дезориентирован, то смеялся, то плакал, говорил, что собирается уезжать домой.

В анамнезе и в физическом состоянии подэкспертного отклонений от нормы нет.

При поступлении подэкспертного на обследование он был беспокоен, совершал много ненужных движений, в кабинете врача на одном месте не сидел, часто вскакивал со стула, с недоумевающим взглядом смотрел на окружающих. На вопросы не отвечал, или говорил, что этого «не помнит», «забыл». Не мог назвать своего имени и фамилии, на вопрос, сколько пальцев на руке, отвечал: «Много, много — четыре». Одевал комнатные туфли на руки, в таком виде смотрел на врача и хихикал; также не мог правильно назвать показываемые предметы или называл их описательно: карандаш — «писать», стакан — «пить», стол — «во-во, сидим», папиросы — «во, во, курить» и т. д. На предложение показать правой рукой левый глаз делал наоборот: левой рукой показывал правый глаз. Красный цвет называл желтым, зеленый — голубым, на вопрос, сколько дней в неделе, отвечал «дней десять», часов в сутках — «двадцать». При этом пытался показать, что ответ потребовал от него большого усилия и старания. В отделении Д. все время был в движении, сбрасывал с себя халат, часто громко плакал, таращил глаза, морщил лоб, всех санитарок называл бабушками. Иногда начинал громко плакать, но также быстро успокаивался, слезы размазывал по лицу, затем начинал улыбаться.

В дальнейшем психическое состояние Д. улучшилось, он сообщил о себе анамнестические сведения, поведение стало спокойнее, вступал в контакт с окружающими, правильно ориентировался, тяготился пребыванием в психиатрическом учреждении. Как выздоровевший был направлен в место заключения для дальнейшего отбывания наказания.

В крайне редких случаях псевдодеменция принимает затяжное течение и больной как бы деградирует и дичает, становится неряшливым, ест прямо из тарелки, ходит измазанным, ползает на четвереньках.

Следует иметь в виду, что синдром псевдодеменции развивается иногда у лиц, психически неполноценных, и особенно часто у олигофренов. Объясняется это тем, что привычное сознание умственной недостаточности у олигофрена как бы дает направление линии ухода от действительности в форме окончательного отказа осмыслить и понять ее.

Близко к синдрому псевдодеменции стоит так называемый ганзеровский синдром, названный по фамилии психиатра Ганзера. При рассматриваемом синдроме наблюдается сумеречное состояние сознания, мимоговорение, потеря элементарных знаний, растерянность, тревога, неправильные ответы.

Пуэрилизм[1] — это также истерическая реакция, сопровождающаяся чертами нелепого детского поведения. Больной как бы возвращается в детство: говорит на ломаном и сюсюкающем языке с детскими интонациями, капризничает, кривляется, ходит мелкими шажками, держит во рту палец, хихикает, говорит, что он еще маленький, делает куклы и играет с ними, по-детски плачет, когда игрушки отбирают. Пуэрилизм часто сочетается с псевдодементным поведением.

Длится он, как правило, недолго и заканчивается полным выздоровлением.

Реактивные состояния в форме реактивного галлюциноза, реактивного параноида и бредоподобных фантазий в судебнопсихиатрической практике встречаются относительно редко.

Реактивный галлюциноз выражается в появлении слуховых и зрительных галлюцинаций. Наряду с галлюцинациями наблюдаются и бредовые идеи. Все это протекает на фоне страха и тревоги. Больной слышит разные голоса знакомых и незнакомых ему лиц, плач своих детей, иногда ему кажется, что его называют по имени, слышит шум и взрывы, угрозы будто он будет убит, а труп брошен в мусорную яму. Иногда больной слышит как бы по радио решение суда о помиловании. Нередко слуховые галлюцинации переплетаются со зрительными, ему кажутся перед глазами какие-то девочки, которые поют, пляшут, шумят, видит страшного человека с одним глазом или самого себя.

В возникновении реактивного галлюциноза играет роль ситуация изоляции и отсутствие первичных раздражителей. Содержание галлюцинаций всегда отражает ситуацию. но

[1] Пуэрилизм происходит от латинского слова puer — мальчик.

в поведении больных отсутствуют элементы театральности и игры, свойственные истерическим реакциям.

Развивается реактивный галлюциноз медленно.

Реактивный параноид обычно выражается в бредовых идеях преследования и отношения, возникает на фоне суженного сознания и резко выраженного страха и тревоги.

Реактивные параноиды встречаются в качестве самостоятельной формы, а также в виде включений при ступоре, псевдодеменции и других реактивных состояниях.

Клиническая картина их складывается из внутренней растерянности и тревоги, депрессивного фона и суженного сознания на определенном комплексе переживаний. При реактивном параноиде больные беспрерывно слышат звон ключей, команду, крики, шаги, плач жены, детей, сообщения о помиловании. Они растеряны, не знают, где находятся, не понимают, что происходит вокруг, беспомощны, отказываются от пищи и лекарств, просят пощадить их и не убивать, отпустить домой. По поведению можно думать о наличии у них бредовых идей, чаще всего бреда преследования.

К реактивным параноидам относятся и так называемые «железнодорожные параноиды», возникающие в условиях длительных железнодорожных путешествий и сутолоки, порождающей всякого рода опасения. Возникают сразу, развиваются бурно и быстро проходят. Иногда в таком состоянии больные совершают общественно опасные действия.

Так, мужчина забрался на чердак дома и оттуда начал бросать кирпичи в дворника, пытавшегося снять больного с чердака. В момент задержания больной испытывал выраженный страх, дрожал, пытался бежать.

В дальнейшем выяснилось, что приехал он издалека, в дороге не спал из-за опасения быть обворованным (при нем была значительная сумма денег), ел мало. Когда сошел с поезда, то ему показалось, что за ним следят подозрительные лица. В страхе пытался скрыться на чердаке, где и был задержан. Через два дня это состояние прошло.

Реактивные параноиды возникают также у военнопленных, находящихся в тяжелых условиях, среди людей, говорящих на непонятном для них языке. По указанным же причинам может возникнуть бред у лиц с пониженным слухом («бред тугоухих»), у которых присущая им подозрительность иногда переходит в уверенность, что окружающие смеются над ним, договариваются об убийстве, отравлении.

Реактивные параноиды нередко имеют большое сходство с шизофренией и поэтому отграничивать одно заболевание от другого в отдельных случаях трудно.

Синдром **бредоподобных фантазий** характеризуется наличием фантастических идей разнообразного содержания. Больные

говорят о силе, могуществе, богатстве, о своей особой значимости и ценности для общества и государства, упорно трудятся над сочинением «философских» и «научных трактатов» наивного и фантастического содержания, над описанием изобретений, считают, что своими «открытиями» совершают переворот в науке и что их гениальность оценят только потомки. В «трудах» большей частью проявляется тенденция к искуплению своей вины.

Заключенный, осужденный за кражу общественного имущества, после отказа в его просьбе о помиловании стал вести себя неправильно: не ел, плохо спал. Затем заявлял, что он человек выдающихся способностей, что может принести большую пользу в народном хозяйстве страны, что дома у него в подвале спрятаны ценности, много золота, бриллиантов и даже «корона в драгоценных камнях». Он намерен передать их народу. Реактивное состояние у больного постепенно прошло, и в дальнейшем полностью восстановилась критика.

От истинных бредовых идей бредоподобные фантазии отличаются тем, что последние возникают легко, изменчивы и не сопровождаются той уверенностью в их правдоподобности, как это бывает при истинном бреде.

Перечисленные формы реактивного состояния редко встречаются изолированно. Как правило, одна форма переплетается с другой, одна переходит в другую. Как уже отмечалось, чаще всего реактивное состояние быстро проходит. Иногда после того, как реактивное состояние прошло, его симптомы, которые были в период заболевания, сознательно удерживаются подэкспертным и затем нарочито демонстрируются.

Экспертизу проходил обвиняемый, у которого реактивное состояние вначале носило характер реактивной депрессии. Он был мрачен, угнетен, на вопросы отвечал очень тихим голосом. Затем поведение его приобрело пуэрильный характер: в голосе появились детские интонации, на вопросы отвечал с глуповато-наивным выражением лица, себя называл «Женичкой», просил отпустить к маме, обещал больше не шалить, говорил, что не знает адреса своей квартиры, не может назвать имени отца. Дальнейшее поведение носило уже нарочитый, симулятивный, а высказывания — надуманный характер. Себя называл летчиком-капитаном, утверждал, что имеет собственный самолет, на котором возит матери дрова и воду, и самолет сам знает куда лететь. Говорил, что его хотят отравить, подсыпают в еду яд, и вместе с тем всю пищу съедал полностью.

Лечение реактивных состояний сводится к поддержанию удовлетворительного физического состояния больного, особенно при отказе от еды, применению соответствующих лекарственных средств (бромидов, снотворных, аминазина и др.) в сочетании с психотерапией, трудовой терапией и общеукрепляющих средств.

Следует иметь в виду, что даже тяжелое реактивное состояние может пройти путем изживания конфликтной ситуации и примирением с мыслью о неизбежности наказания за совершенное преступление.

Иногда одно перемещение больного из места заключения в больничные условия способствует выходу из реактивного состояния.

Для судебнопсихиатрической оценки реактивного состояния важно установить, когда оно возникло, не совершено ли преступление в реактивном состоянии или же оно возникло после преступления — в стадии следствия, до суда или в период отбывания наказания в местах заключения.

В случаях, когда преступление совершено в реактивном состоянии, необходимо установить его глубину. Если оно было настолько глубоким, что совершивший преступление не мог в этот период отдавать отчет в своем поведении и руководить им, обвиняемый признается в отношении данного преступления невменяемым. Психическое состояние таких лиц подпадает под понятие временного расстройства душевной деятельности, упоминаемого в статье 11 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик.

В случаях, когда реактивное состояние появляется после совершения преступления, разрешение вопроса о вменяемости не вызывает затруднений. Поскольку преступление совершено не в болезненном состоянии, совершившие преступление признаются вменяемыми, но на время реактивного состояния обвиняемые могут нуждаться в лечении в психиатрическом учреждении. Уголовное дело на период болезни приостанавливается, а после выхода из реактивного состояния возобновляется.

Приводимое описание касается реактивного состояния с благоприятным выходом из него в стадии следствия.

66. Х., женщина, 38 лет, обвинялась в присвоении государственных средств. В период следствия и после ареста вначале давала показания, правильно отвечала на вопросы, на себя не обращала внимания. В дальнейшем стала отказываться от пищи, перестала спать по ночам, не отвечала на вопросы, плакала. Один раз у нее наблюдался припадок истерического характера, после которого долгое время лежала с закрытыми глазами.

В период судебнопсихиатрической экспертизы Х. вначале была растеряна, много плакала, дрожала, на лице было выражение страха, на вопросы отвечала не по существу, с детскими интонациями в голосе, стереотипно повторяла: «Я Шара, Шара я... Не буду, не буду...» Сопротивлялась обследованию, таращила глаза, ни с кем не общалась, сидела в углу комнаты или за дверью на полу, вплетала в волосы тесемочки. На вопросы давала псевдодементные ответы, говорила, что у нее четыре глаза, на руке три пальца, по-детски надувала губы. В дальнейшем психическое состояние изменилось к лучшему. Х. стала отвечать на вопросы, правильно ориентировалась в месте, времени и окружающем, изредка жаловалась на головные

боли, сердцебиение, боли в пояснице. Настроение было несколько подавленное, во время беседы волновалась, особенно по поводу уголовного дела. Физически окрепла, сон и аппетит стали удовлетворительными.

Было дано заключение, что испытуемая психическим заболеванием не страдает, после ареста у нее возникло временное расстройство душевной деятельности в форме реактивного состояния с псевдодементными проявлениями, которое в настоящее время прошло; в отношении инкриминируемого преступления, совершенного вне болезненного расстройства психической деятельности, была признана вменяемой.

На суде X. держалась правильно, отвечала на вопросы, задавала вопросы свидетелям, следила за ходом судебного процесса. При показаниях свидетелей, говоривших не в ее пользу, возмущалась, волновалась, но собой владела хорошо. Последнее слово произнесла спокойно, говорила последовательно, также спокойно выслушала приговор и интересовалась возможностью его обжалования.

Из приведенного описания видно, что обвиняемая в период совершения преступления, равно как и до преступления была психически здоровым человеком, поэтому ее признали вменяемой. Психическое заболевание реактивного характера (типа истерической реакции) с псевдодементным поведением возникло после возбуждения уголовного дела, длилось несколько месяцев и затем прошло бесследно. По выходе из реактивного состояния предстала перед судом как психически здоровый человек.

Такого рода исход характерен для большинства реактивных состояний.

Значительные экспертные трудности возникают в отношении лиц, у которых реактивное состояние принимает глубокий и слишком затяжной характер. В отдельных редких случаях реактивное состояние достигает степени тяжелой неизлечимой болезни, особенно если у больного появляются необратимые изменения в соматической сфере.

Эксперты и суды в отношении таких лиц руководствуются ч. II ст. 11 Основ уголовного законодательства и ст. 11 УК, указывающими, что лица, совершившие преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения приговора заболевшие душевной болезнью, подлежат не наказанию, а принудительным мерам медицинского характера. По выздоровлении такие лица могут подлежать наказанию за преступления, совершенные до заболевания.

При судебнопсихиатрической экспертизе по поводу реактивных состояний, возникающих у осужденных, отпадает необходимость давать заключение по вопросу о вменяемости; у большинства лиц, находящихся в местах заключения, реактивные состояния проходят через относительно короткий срок (наблюдение 15). В редких случаях, когда реактивное состояние у осужденного принимает затяжной характер, возникает

необходимость в переводе больного в психиатрическую больницу для лечения.

Следует избегать поспешного вывода о необратимости реактивного состояния и в связи с этим не нужно поспешно ставить вопрос о досрочном освобождении осужденного от наказания. Ошибочным, например, является заключение экспертов о затяжном и глубоком характере реактивного состояния, которое наблюдалось у заключенного всего два месяца и проявлялось в виде легкой депрессии с нарушением сна, общей вялости, плаксивости.

В данном случае не было оснований делать вывод о затяжном характере реактивного состояния и приравнивать его к хроническому психическому заболеванию.

При судебнопсихиатрической оценке глубоких реактивных состояний, возникающих после преступления, необходимо отграничивать их от психических заболеваний процессуального характера, в частности, от шизофрении, в связи с тем, что последняя иногда начинается картиной реактивного состояния.

Лица, обнаруживающие глубокое реактивное состояние любой формы, естественно, не могут принимать участия в суде в качестве свидетелей и давать показания.

Сложным является вопрос об участии в суде потерпевших, пребывающих в реактивном состоянии. Вопрос об использовании их показаний в качестве судебных доказательств в каждом отдельном случае разрешает суд с участием экспертов-психиатров.

Следует иметь в виду возможность самооговоров при реактивном состоянии, особенно в состоянии реактивной депрессии. Больной может оговорить себя, преувеличить вину и даже приписать себе преступление, которое он не совершал.

Реактивные состояния легкой и умеренной степени не лишают больного способности правильно учитывать окружающую обстановку и разумно вести свои дела. Глубокие реактивные состояния все же являются временным расстройством психической деятельности. Отсюда следует, что всякого рода акты гражданского состояния и обязательства, оформленные и взятые до заболевания, не теряют законной силы. В отдельных случаях действие таких договоров и обязательств может на время болезни приостанавливаться.

Если допустить возможность заключения договоров и взятие на себя обязательств лицом, находящимся в глубоком реактивном состоянии, то, конечно, эти обязательства и договоры не могут иметь законной силы, поскольку оформлены они в болезненном состоянии.

Определенные трудности возникают при экспертизе самоубийств, совершенных в аффективном состоянии. В подобных случаях важно установить, не достиг ли аффект болезненной степени. Неправильным будет относить к болезненным состояниям во всех аналогичных случаях угнетающие психику такие аффективные переживания, как стыд, невыносимая обида, страх перед наказанием, тоска по умершим близким, глубокое негодование, отчаяние, ревность, страстную любовь и даже состояние волнения, наблюдаемое перед самоубийством.

Глава 37

О ТАК НАЗЫВАЕМЫХ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Некоторые психические болезненные состояния по характеру возникновения и течению сходны между собой: начинаются внезапно, протекают на фоне измененного сознания, сопровождаются чаще всего бурным двигательным возбуждением и агрессией, длятся непродолжительное время, заканчиваются внезапно, после чего наступает истощение физических и психических сил, а иногда и сон с последующим полным восстановлением психического здоровья. Такого рода эпизодические психические расстройства были объединены в одну группу, в группу так называемых «исключительных состояний»[1], чем подчеркивалось, что они являются как бы исключением по отношению к обычному психическому состоянию, исключительным эпизодом в жизни человека.

По происхождению психические болезненные проявления, относимые к исключительным состояниям, неоднородны. Раньше к ним относили различные болезненные состояния, среди которых были: патологическое опьянение, патологический аффект, реакция короткого замыкания, сумеречные состояния различной природы, в том числе и сумеречные состояния эпилептического характера, импульсивные проявления, расстройства настроения, а также такие острые психозы с очерченной клинической картиной, как белая горячка, галлюцинозы и параноиды, дипсоманические приступы. Все они кратковременны и имеют эпизодический характер.

Объединение в одну группу сходных по внешним признакам и неоднородных по происхождению заболеваний имело искусственный характер.

В дальнейшем стало ясно, что не все кратковременные болезненные состояния, имеющие эпизодический характер, следует включать в группу исключительных состояний.

Современная классификация психических заболеваний основывается не только на внешних признаках, но главным образом на учете причин возникновения заболеваний. В связи с уточне-

---

[1] По-немецки «Ausnahmezustände» — исключительные состояния.

нием причин возникновения и большей клинической очередностью ряд исключительных состояний стали рассматривать в качестве варианта той или иной нозологической формы, и от исключительных состояний одно за другим стали отпадать временные болезненные состояния.

Так, было время, когда наряду с эпилептическим слабоумием, выражающимся явлениями деградации, выделялись эпилепсия с частыми «исключительными состояниями», под которыми подразумевались сумеречные припадочные и послеприпадочные состояния сознания, и сумеречные состояния, возникающие у лиц, страдающих травматическим поражением мозга и иными органическими мозговыми заболеваниями. Позднее же они стали рассматриваться в качестве проявлений соответствующих заболеваний и были отнесены к эпилепсии, травматическим поражениям мозга и др.

От исключительных состояний отпало и патологическое опьянение: если в учебнике по судебной психиатрии 1936 года оно значится в группе исключительных состояний, то в учебнике 1941 года патологическое опьянение отнесено к группе алкогольных заболеваний [1].

Сейчас общепризнанным является взгляд, что то состояние, которое принято называть «патологическим опьянением», к группе исключительных состояний не относится. Спор идет о том, относить ли его к алкогольному опьянению или к эпилепсии. Некоторые считают, что патологическое опьянение правильнее было бы относить не к группе алкогольных болезненных психических нарушений, а к эпилептиформным проявлениям, за что говорит внезапность возникновения и прекращения данного болезненного состояния, глубокое помрачение или изменение сознания, резкое аффективное напряжение, агрессивность с очень большой жестокостью, последующая амнезия или крайне недостаточное воспроизведение того, что имело место в этом состоянии.

Исключительным состоянием длительное время считался и патологический аффект.

В классификации С. С. Корсакова он значится в группе «самостоятельных скоропреходящих психопатических состояний».

В. П. Сербский описывал патологический аффект в разделе общей психопатологии, а именно в главе, касающейся «расстройства в области душевных чувств».

---

[1] См. «Судебная психиатрия», учебник для юридических вузов, М., 1936, стр. 308—309; «Судебная психиатрия», учебник для юридических школ, М., 1941, стр. 117—120.

Поскольку источником развития патологического аффекта является эмоциональная сфера, правильно будет его рассматривать в группе психогенных состояний, как и сделано в настоящем руководстве.

В судебнопсихиатрической практике приходится встречаться с несомненно болезненными кратковременными состояниями, которые пока еще представляют трудности при решении вопроса о том, к какой нозологической форме их следует отнести.

Речь идет о так называемом патологическом просоночном состоянии, которое проявляется в нарушении сознания в период пробуждения, когда и может быть совершено общественно опасное деяние. Механизм болезненного просоночного состояния сводится к тому, что пробуждение от глубокого сна наступает медленно и от сонного торможения раньше освобождается двигательная сфера. Поэтому такой субъект может передвигаться и совершать ряд моторных актов, в том числе и агрессивные действия, в то время как сознание продолжает оставаться пока еще неясным. Часто в просоночном состоянии сновидения переплетаются с реальностью, окружающее воспринимается неправильно, искаженно, поведение носит неосмысленный характер, возможны кратковременные бредовые эпизоды.

Насильственные действия могут быть совершены не только в состоянии неполного пробуждения, когда наполовину проснувшийся приобрел уже способность двигаться и действовать, а сознание еще не прояснилось, но и в период засыпания при наличии мучительного желания сна и невозможности удовлетворить его.

Как расстройства сна, так и другие нарушения сознания, которые не укладываются в какую-либо нозологическую форму, правильнее рассматривать в разделе, касающемся расстройства сознания.

Поскольку группа исключительных состояний искусственно объединяет состояния, относящиеся к разным клиническим формам, то существование ее ничем не оправдано. О ней приходится говорить только потому, что диагноз исключительного состояния может еще встретиться в судебнопсихиатрических заключениях и работник суда и следствия должен ориентироваться в этом вопросе.

Глава 38

СИМУЛЯЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В медицине симуляцией называют сознательное изображение несуществующего заболевания или отдельных его симптомов с целью ввести окружающих в заблуждение.

Симуляцию надо отличать от сознательно вызываемых болезней и увечий. Не следует также считать симуляцией нарочитый, сознательный отказ от еды в виде протеста или умышленное нанесение себе повреждений, как это бывает при членовредительстве. Симулировать можно болезни всех органов и систем: внутренние болезни, нервные, болезни уха, горла, носа, глазные, мочеполовые, кожные и др.

Симуляция может быть выявлена лучше всего с помощью врача соответствующей специальности — терапевта, хирурга, невропатолога, специалиста по ушным, глазным и другим заболеваниям. Распознавание симуляции психических заболеваний и психических расстройств полностью относится к компетенции психиатра.

В психиатрии под симуляцией понимают нарочитое, притворное изображение несуществующей психической болезни или психического расстройства.

К симуляции психического заболевания обычно прибегают для того, чтобы избавиться от наказания и ответственности за совершенное преступление, облегчить режим пребывания в местах заключения, добиться материальной или иной выгоды, освободиться от выполнения гражданских обязанностей.

Было распространено мнение, что симулировать психическое заболевание легче, чем прочие болезни и что такую симуляцию якобы труднее распознать. Эти взгляды не соответствуют истинному положению. Умелая симуляция психического заболевания крайне трудна, так как требует от симулянта большого напряжения и умения.

Как симулируют психические заболевания, кто симулирует, какова длительность симуляции, каковы особенности отдельных видов симуляции и способы ее распознавания — это те вопросы, которые будут освещены при дальнейшем изложении.

Симуляция может быть в одних случаях умелой, достаточно квалифицированной, в других — грубой и примитивной.

Насколько умелой или неумелой является симуляция, зависит от сложности избранного для притворства заболевания, от осведомленности симулирующего о том, как данное заболевание проявляется, а также от того, насколько способен симулирующий изобразить заболевание.

Квалифицированная симуляция возможна при наличии знаний психиатрии, почерпнутых из учебников и других источников, наблюдений за больными во время пребывания в психиатрических больницах. При такой симуляции обычно заранее намечается определенная клиническая форма болезни. Иногда форма симуляции избирается в процессе симулирования.

Умелая симуляция определенной болезненной формы встречается редко. Как она проводится, видно на следующем примере[1].

67. Р., мужчина, 28 лет, обвинялся в мошенничестве при строительстве дачи. По требованию обвиняемого в стадии предварительного следствия была проведена амбулаторная психиатрическая экспертиза. Р. был признан вменяемым.

В дальнейшем в связи с возникшим состоянием беспокойства районным психиатром был направлен в психиатрическую больницу. Спустя некоторое время был выписан из больницы с диагнозом «шизофрения». О возбужденном против него уголовном деле в больнице не было известно.

Впоследствии о переживаниях и состоянии в этот период обвиняемый рассказал следующее. После предъявления обвинения он очень волновался, так как ясно представил себе, что ему придется лишиться дачи. Беспокоила и мысль о том, что его могут приговорить к лишению свободы. «Я решил спасаться в больнице, — говорил он, — начал рвать на себе волосы, был сам не свой. Вызвали дежурного психиатра. Врач меня спросил, на что я жалуюсь. Я ответил: «Держи, держи!» Я чувствовал, что надо отвечать невпопад. Врач спросил: «Вы слышите голоса? Вас преследуют?» Я понял, что надо отвечать утвердительно. Врач спросил: «Откуда говорят?» Я ответил: «Сзади». Я не знал, что надо отвечать. Меня направили в психиатрическую больницу. В больнице я испытывал большой страх, плохо спал, врачи со мной разговаривали мало, так как считали тяжелобольным. Там я внимательно присматривался к другим больным и их поведению. Однажды во время обхода врачи подняли мне руки и ноги. Я опустил их. «Явлений каталепсии нет», — сказал один из врачей. Тогда я перестал опускать руки, хотя это было и очень неудобно. Так я научился каталепсии».

После того, как обвиняемого выписали из больницы, он был на приеме в районном диспансере. «У районного психиатра я молчал, застывал в позах, которые мне придавали, прислушивался к голосам». Районный врач направил в суд справку о том, что обвиняемый страдает шизофренией, в связи с чем было вынесено постановление о проведении стационарной экспертизы в институте имени Сербского. «Я понял, что в институте предстоит решительный бой и начал готовиться к симуляции». Для этой цели купил сборник «Проблемы судебной психиатрии», прочитал в нем статью и решил готовиться по ней. Так как при чтении возникали затруднения из-за

---

[1] Этот случай описан Н. И. Фелинской в статье «Случай сложной формы симуляции», «Проблемы судебной психиатрии», сб. III, М., 1941. Здесь он приводится в сокращенном виде.

встречающихся непонятных терминов, кроме сборника, Р. читал книгу Сербского и другие учебники.

«В одной книжке я прочел, что легче всего молчать. Но все время молчать не следует, это — признак симуляции. Так как быстрые вопросы приводят симулянтов в состояние растерянности, я решил подготовить заранее ответы. Чтобы не сказать лишнего, я решил отвечать только на те вопросы, на которые заготовил ответы в форме мимоговорения. Остальное время решил молчать и изображать мутизм».

После такой подготовки, длившейся около месяца, обвиняемый поступил на экспертизу в институт имени Сербского и с первого же дня начал игру: был заторможен, выражение лица застывшее, взгляд устремлен в одну точку, рот полуоткрыт, наблюдалось обильное слюнотечение. Ходил мелкими шажками, все движения были скованы. На предложение сесть не реагировал и садился только после того, как его подводили к стулу. На уколы булавкой не реагировал, при поднимании рук застывал в неудобной позе. На вопросы обычно не отвечал или же давал нелепые ответы, например: «Сколько вам лет?» — «Десять», «В каком году вы родились?» — «В 1890. По всем правилам, когда начали коробку открывать, лежали они в порядке». «За что вы арестованы?» «Запекли меня судом, стало быть, я обманул коммунальный отдел, а в действительности не обманывал, выходит жил в Москве, тут причем». «Сколько у вас на руке пальцев?» — «Мясо», «Голова у вас болит?» — «Кепку повесили на гвоздь, она заплакала» и т. д.

При повторении вопросов быстро и четко давал те же ответы. На другие вопросы не отвечал. В дальнейшем отказался от еды, совсем перестал разговаривать, стал неопрятным мочой и калом, лежал все время в постели, укрывшись с головой одеялом. Однажды на вопрос, почему не разговаривает, ответил: «Они запретили». В другой раз сказал: «Они приказали не разговаривать, а то хуже будет». Производил впечатление галлюцинирующего. Сидя за столом во время обеда, ел ложкой кашу, но при появлении врача застывал в одной и той же позе с поднятой ложкой и раскрытым ртом. В таком однообразном состоянии испытуемый находился в течение полутора месяцев.

Однажды при попытке сделать ему инъекцию, дал вспышку возбуждения, впервые заговорил, требовал к себе врача и заявил: «Я все расскажу, я больше не могу».

В кабинете врача, взволнованный, с живым выражением лица, переходя от слез к смеху, жестикулируя, Р. подробно рассказал все, что предшествовало поступлению в институт, как возникла мысль о симуляции психического заболевания, как готовился к этому и как было трудно изображать психически больного.

Признавшись, Р. почувствовал облегчение и вместе с тем большое психическое истощение. Он лег в постель, долго тихо плакал, потом уснул, спал неспокойно, вздрагивал, что-то бормотал во сне. На другой день, настороженно глядя в глаза врачу, спрашивал, не будет ли симуляция отягчающим вину обстоятельством.

В литературе встречаются описания подобного рода квалифицированной симуляции, которая проводилась длительное время и настолько умело, что не была распознана даже опытными психиатрами. Такая симуляция проводится обычно лицами, обладающими сильным характером, большой выносливостью, уверенностью в успехе и настойчивостью в достижении поставленной цели. Чем больше выражены эти качества личности симулирующего и чем полнее его познания в области

психиатрии, тем сложнее бывает симуляция и тем труднее ее выявить.

Вспомогательным методом при симуляции психического заболевания является искаженный или неправдоподобный анамнез. Испытуемый или опрашиваемые лица предварительно договариваются между собой и сообщают о якобы перенесенных подэкспертным в прошлом психических заболеваниях. Такой инструктаж обвиняемый получает иногда уже будучи в тюрьме.

Мужчина, обвиняемый в хищениях, после свидания с женой в тюрьме, стал, вести себя неправильно, ночью не спал, отказывался от пищи и лекарств, делал вид, что никого не узнает, на вопросы не отвечал, неестественно плакал, что-то бормотал про себя, мочился и оправлялся под себя, прыгал по кроватям, плевал на других заключенных, разбил стекла в оконных рамах, поцарапал себе кожу на груди. Во время свидания пытался передать жене письмо, в котором предупреждал, что его скоро направят на психиатрическую экспертизу и возможно, что ее вызовут врачи и будут расспрашивать о нем. «Ты должна сказать, что я вел себя так, как ведут сумасшедшие, и привести пример, сказать, что, мол, временами замечала — на него находило, начинает что-нибудь искать. Я, мол, спрашиваю: «Толя, что ты ищешь?» Он вылупит глаза и как будто ничего не слышит. Редко, но заговаривался, но больше все делал молча. Если дадут свидание со мной, то должна знать, что делать. Я, конечно, не узнаю тебя и убегу, а ты после этого заплачь. Вот все, что будет от тебя требоваться. Если все будет так, то скоро буду дома».

Письмо обнаружили и показали обвиняемому, после чего он стал вести себя нормально.

Сведения о прошлой жизни подозреваемого в симуляции, о его развитии, школьных годах, периоде трудовой деятельности необходимо тщательно проверять, так как может оказаться, что по словам родных он был психически больным или слабоумным, а по объективным данным — хорошо учился, в поведении не замечалось никаких странностей, справлялся с работой, требующей умственных способностей.

68. М., мужчина, 27 лет, обвинялся в том, что совместно с другими систематически занимался уличными грабежами и покушался на изнасилование.

Во время обследования при стационарной экспертизе каких-либо отклонений от нормы со стороны внутренних органов и нервной системы обнаружено не было.

Психическое состояние: испытуемый был малодоступен, с большой задержкой называл фамилию и имя, на собеседника не смотрел, сидел с низко опущенной головой, ни с кем из больных не общался, целые дни проводил в постели, во время врачебных обходов выходил из палаты. В присутствии врача был крайне напряжен, взволнован, злобен, сведений о своей прошлой жизни не сообщал, заявлял, что он «здоров» и «не нуждается в помощи».

Его родные по своей инициативе сообщили, что М. с 10-летнего возраста странно вел себя, заявлял, что за ним «следят», что на него «все смотрят»,

отказывался от хорошей одежды, иногда портил для этого новые вещи, разговаривал сам с собой.

Согласно же объективным данным испытуемый окончил среднюю школу, сдал приемные экзамены в институт и был зачислен студентом, успешно учился, дошел до III курса, когда его арестовали. Один из соучастников по делу сообщил в областной суд о том, что М. симулирует психическое заболевание и что еще до совершения преступления готовился к этому и старался запастись справкой о болезни.

Эксперты признали М. психически здоровым и вменяемым, а поведение его расценили как симулятивное.

Некоторые лица еще до возникновения конфликтной ситуации поступают в психиатрическую больницу и там своим поведением добиваются, чтобы им поставили диагноз психического заболевания. В дальнейшем при возникновении дела и привлечении к уголовной ответственности они уже ссылаются на психическую болезнь. Это так называемая предшествующая или превентивная симуляция.

В некоторых случаях симулирующий использует прошлый опыт и изображает психическое заболевание в таком виде, в каком оно протекало у него раньше. Например, алкоголик, перенесший в прошлом белую горячку, говорит о том, что в момент преступления у него якобы были галлюцинации, под влиянием которых он и совершил преступление.

В иных случаях симулирующие прибегают к помощи всякого рода лекарственных средств, наркотиков и других сильнодействующих веществ, при приеме которых, особенно при больших дозах, возникают психические нарушения.

Обвиняемый в квартирной краже пытался симулировать психическое заболевание следующим образом. Во время обследования он неохотно отвечал на вопросы, был вял и безразличен к происходящему вокруг, зевал, почесывал голову, говорил о том, что слышит голос, который «называет цифры», «запрещает есть котлету», демонстративно затыкал себе уши ватой, бросал в окно комнатные туфли с целью прогнать прочь «страшное видение». Выяснилось, что последние дни он тайком от присматривающих за ним лиц принимал в значительной дозе снотворное. В этот же период пытался передать родным записку, в которой просил продолжать приносить ему творог с подмешанным в него снотворным порошком.

Зная о том, что многие психически больные неохотно говорят о болезненных переживаниях, симулирующий, чтобы не вызвать подозрение жалобами, пытается окольными путями сообщить врачу о «болезни», например, передает записки родным через врачей в расчете на то, что это натолкнет на мысль о болезни. Один испытуемый во время свидания передал родным записку следующего содержания:

«Здравствуй, папа, получил твое письмо. Я живу хорошо, хожу на охоту, ловлю зайчиков, а потом еще работаю. Вчера поймал двух зайцев и лису. Ко мне приходят в гости врачи и все что-то говорят и зовут меня

в Кремль выступать по радио. Недавно приезжал дедушка на машине, здоровался со мной за руку, выступал на собрании и велел мне петь песни про войну, а сам залез на дерево. Затем давал мне деньги, а потом прислал по почте тысячу рублей и я купил велосипед. А приезжал он вместе с моей женой Валей и сказал, что теперь она стала его и мне теперь надо искать моего сына Сережку в речке, он запрятался от них. Скоро я приеду. До свидания. Женя».

Некоторые симулянты настойчиво требуют, чтобы все «необычные» явления, происходящие с ними, обязательно отмечал персонал и доводил до сведения врачей. Чаще всего в таких случаях речь идет об искусственно вызываемых припадках.

Грубые формы симуляции, которые не представляют особого труда для их распознавания, обычно выражаются в изображении одного болезненного симптома или же нескольких симптомов или синдромов, но в таком сочетании, какого в действительности не бывает. В этих случаях обычно симулируется не какая-либо определенная клиническая форма, а «сумасшествие» вообще в таком виде, в каком оно представляется симулирующему.

Чаще симулируются кратковременные душевные расстройства, реже — длительные психические заболевания. Не симулируются органические заболевания мозга, которые сопровождаются такими стойкими признаками, которые симулировать невозможно (нарушение реакции зрачков на свет, неравенство их, отсутствие кожных и сухожильных рефлексов, расстройства вегетативной нервной системы, изменения соответствующих реакций в крови и спинномозговой жидкости, характерные для ряда органических поражений мозга).

Долго спорили о том, кто может симулировать психическое заболевание. Высказывалась такая точка зрения, что симулировать психическое расстройство может только лицо, в некоторой степени психически неполноценное, имеющее «предрасположение» к психическим заболеваниям, «носящее в себе элементы душевного расстройства» (П. И. Ковалевский). В действительности оказалось, что симулировать могут как психически здоровые, так и психически больные. В последнем случае говорят о *симуляции на патологической почве*.

Симуляция психически здоровых в приведенных наблюдениях 67 и 68 носит название *истинной симуляции*, встречается относительно редко и протекает в одних случаях в сопровождении аффективного напряжения и волнения, в других — на спокойном, холодном аффективном фоне, с умелым и расчетливым поведением.

Заслуживает внимания симуляция психопатов, особенно истерического типа. Отграничить истерическое поведение от

симуляции трудно, так как последняя нередко имеет истерические наслоения, а истерическое поведение носит налет нарочитости.

Однако между истерией и симуляцией имеются принципиальные различия, которые сводятся к следующему. Симулянт хочет казаться больным, истерик хочет не только казаться, но и быть больным; и тот, и другой ищут выхода из трудного для них положения и для этой цели симулянт обманывает окружающих, истерик же обманывает и себя и окружающих; симулянт сознательно пытается представить себя в качестве психически больного, зная хорошо, что он не болен, истерик с помощью сложных невротических механизмов приходит к убеждению, что он болен и сам в это искренне верит. У истерика проявляется так называемое «бегство в болезнь», патофизиологическая трактовка которого дана И. П. Павловым. Симуляция же — это форма поведения, никакого отношения не имеющая к патологии высшей нервной деятельности.

Симуляция может наблюдаться также у лиц, перенесших какой-либо психоз — белую горячку, реактивное состояние и другие болезненные состояния. В дальнейшем после выхода из болезненного состояния эти лица в симулятивных целях сознательно продлевают его. Эта так называемая **продленная симуляция**.

В институте имени Сербского на экспертизе находился испытуемый, обвиняемый в убийстве жены, который вскоре после ареста стал обнаруживать реактивный ступор: был недоступен, питался по принуждению, на окружающее не реагировал, не разговаривал, временами обнаруживал состояние психомоторного возбуждения, нападал на окружающих. В дальнейшем вышел из этого состояния и вел себя обычно, не обнаруживая болезненных нарушений, был в ясном сознании.

В судебном заседании обвиняемый снова замолчал, на вопросы не отвечал, не мог стоять на ногах. Был опять направлен в институт, причем его доставили на носилках, дрожал, плакал. Предоставленный самому себе спокойно лежал, взгляд его был осмысленным, следил за поведением окружающих, не разговаривал, объяснялся жестами или в письменной форме. В то же время при свидании с родными свободно разговаривал, но сразу же замолкал при приближении санитара.

У этого лица сначала было реактивное состояние, которое затем сменилось симулятивным поведением с изолированным притворным мутизмом.

Следует иметь в виду, что симулятивное поведение может наблюдаться и у душевнобольных, которые с целью симуляции предъявляют симптоматику в плане своего психического недостатка. Такая симуляция приближается к аггравации. Больной с признаками умеренного умственного недоразвития с целью симуляции может, например, усиливать признаки слабоумия,

прикидывается еще более слабоумным, чем есть на самом деле. Обычно симуляция у таких лиц отличается грубостью и очевидным преувеличением.

Психически больные с целью симуляции предъявляют иногда новую и несвойственную их заболеванию симптоматику. Это так называемое патологическое притворство, или **сверхсимуляция**.

Прогрессивный паралитик с целью симуляции упорно жаловался на зрительные галлюцинации, говорил, что по вечерам к нему приходит коза и лижет ему ноги, а затем «появляется бабка и хворостинкой прогоняет козу». Спустя некоторое время больной признался, что все это он придумал и говорил об этом для того, чтобы его признали больным и отправили домой, так как наступило время убирать картошку. Сверхсимуляцией считается симуляция страдающего шизофренией грубых расстройств памяти, которые не характерны для шизофрении. Общее свойство сверхсимуляции заключается в непоследовательности высказываний и сверхнелепом поведении.

Из изложенного следует, что наличие симуляции еще не говорит о психическом здоровье. Симуляция и душевная болезнь не исключают друг друга. Убедившись в наличии симуляции, следует доказать также и наличие психического здоровья, так как и психически неполноценные могут симулировать психическое заболевание. К заявлениям больных о том, что они симулировали психическую болезнь, нужно относиться очень осторожно, так как не всякое заявление о симуляции следует рассматривать в качестве признака душевного здоровья. Нередко о симуляции заявляют психически больные. Истинные симулянты редко сознаются в симуляции.

Симулятивное поведение с течением времени может меняться. Вначале симулянт как бы выбирает приемлемую для него форму симуляции. В дальнейшем это поведение становится более определенным. Выбор формы симуляции в некоторых случаях зависит от случайных причин. Неосторожно сказанная врачом фраза о непонятности того или иного симптома может натолкнуть на мысль о симуляции именно данного симптома.

Для более удачного изображения психического заболевания симулянты во время пребывания в больнице пытливо наблюдают за больными и многое перенимают у них. Кроме того, другие лица дают советы, как следует притворяться.

Так как все время играть роль психически больного тяжело и подчас просто не под силу, симулирующие устраивают отдых: на некоторое время уединяются, лежат в постели, отсыпаются.

Длительность симуляции различна. Большей частью симуляция прекращается через короткий срок после поступления

в психиатрическую больницу на экспертизу, а также после того, как симулирующий убеждается в бесполезности притворства. Прекращается симуляция также тогда, когда становится не под силу, когда симулянт начинает ошибаться, когда видит скептическое отношение врачей и насмешки окружающих по его адресу. При изобличении не во всех случаях симуляция прекращается сразу. Иногда симулятивное поведение прекращается в момент возвращения подэкспертного из больницы в тюрьму. Упорная симуляция прекращается на суде после решения слушать дело в отсутствие обвиняемого, а нередко — только после вынесения обвинительного приговора.

В редких случаях симуляция затягивается на месяцы и даже годы. Обычно длительная симуляция наблюдается у лиц, которым предстоит тяжкое наказание или которые приговорены к большим срокам заключения. Для длительной симуляции обычно избираются картины монотонного однообразного поведения с мутизмом, необщительностью, внешним безразличием ко всему и слабоумием.

Иногда у симулянтов под влиянием отказа от пищи, ухудшения соматического состояния здоровья, интоксикаций, инфекций и напряжений физических и психических сил наступает срыв высшей нервной деятельности, выражающийся в реактивном состоянии. Поскольку такой переход от симуляции к патологии идет в направлении желаний подэкспертного, возможно участие в этом процессе сознательных элементов, и в таком случае из симуляции вырастает болезнь, которой притворщик не сопротивляется. Как справедливо отмечают некоторые психиатры, между симуляцией и реактивностью иногда нет резкой границы и элементы обеих переплетаются. Поэтому возможно, что симулянт, войдя в роль душевнобольного, не может из нее легко выйти, если не применять лечение.

Из отдельных симптомов и синдромов психического расстройства чаще всего симулируются слабоумие, галлюцинации и бред, ступор и мутизм, состояние возбуждения, иногда расстройство сознания и амнезия.

К с и м у л я ц и и с л а б о у м и я прибегают лица главным образом интеллектуально ограниченные, не представляющие себе, насколько трудна такая симуляция.

Этот вид симуляции выражается в стремлении больного вести себя так, как, по мнению симулянта, должен вести себя слабоумный. Обычно у этих лиц во время беседы с врачом появляется растерянное или наивно-беззаботное выражение лица, они с недоумением озираются вокруг, глаза широко раскрыты, взгляд обращен не на собеседника, а куда-то вдаль, на стену или на потолок, на вопросы отвечают неправильно, сколько-

пальцев на руках сказать не могут, начинают их перебирать по одному: «раз, раз... много, много их, я не знаю», некоторые испытуемые говорят, что кругом «летают пчелы, жужжат и кусают», совершают несуразные поступки, брюки одевают на руки, в постель ложатся поперек кровати, укрываются сначала одеялом, а затем сверху прикрываются простыней, стены мажут маслом, уходя из кабинета путают двери, не узнают своей палаты, не могут найти свою койку. В палате же они нормально разговаривают с другими больными и персоналом, просят дать покурить.

Лица, симулирующие слабоумие, обычно изображают интеллектуальные нарушения в утрированном виде, с потерей чувства меры, ошибаются при простом счете в таких легких заданиях, где даже глубоко слабоумный обычно дает правильный ответ. Самый легкий счет они производят очень медленно и, как показали лабораторные исследования [1], с задержкой во времени.

Поведение симулирующего слабоумие напоминает поведение псевдодементного с той разницей, что у последнего характерное для него поведение протекает на фоне измененного сознания, в то время как у симулянта — при ясном сознании и нарочитых усилиях изобразить картину слабоумия. Симулирующий слабоумие обычно аккуратно одет, следит за внешностью, постель его прибрана, в палате вне наблюдения врачей ведет себя не как слабоумный, принимает участие в беседах, иногда настраивает других испытуемых против персонала.

Симулируемые галлюцинации и бред характеризуются тем, что симулянт говорит о них обычно в одних и тех же выражениях, не развивает и не уточняет. Симулятивные галлюцинации отличаются конкретностью и неправдоподобностью. «Бредовые идеи» приближаются к бредоподобным фантазиям и не отражаются на поведении симулирующего, а как бы существуют изолированно.

Так, арестованный за злостное хулиганство, неоднократно отбывавший наказания в местах лишения свободы, на следствии вел себя нарочито неправильно, а затем высказывал бредовые идеи величия, говорил, что «бог дал ему адскую силу», что он «крупный литератор», «светлый человек», «капиталист, и у него миллион золота», что он «связан с лондонским банком № 1», что к нему является «черный монах» и отравляет пищу. Все это обвиняемый повторял всякий раз в неизменной форме. Однако высказывания ни в какой степени не отражались на его поведении. При тщательных

---

[1] См. Я. М. Калашник, О некоторых психологических закономерностях при симуляции слабоумия, сб. «Проблемы судебной психиатрии», М., 1938.

расспросах о бреде становился втупик. За столом он отказывался от еды и в то же время незаметно под одеялом съедал весь хлеб и сахар.

Другой испытуемый, обвиняемый в крупной растрате и скрывавшийся некоторое время с поддельным паспортом, во время экспертизы жаловался на «голоса покончивших самоубийством родственников», которые звали к себе «в подземный мир», соблазняли «хорошими условиями жизни», прельщали «прекрасной библиотекой, в которой много книг Жюль-Верна, Дюма, Марка Твена» и др. Эти же «голоса» преследовали, угрожали повесить его. Он также якобы слышал голоса «агентов подземного мира», которые вылезают из тела и рассыпаются по полу в виде белых крупинок. Иногда видел чертиков, которые взбираются ему на спину, а затем через задний проход залезают ему внутрь тела и там разговаривают, «стращают, велят повеситься». Рассказывая о своих «галлюцинациях и бреде», имеющих надуманный характер, он внимательно следил за впечатлением, которое производил его рассказ на врача. При расспросах о преступлении подробно излагал обстоятельства уголовного дела, становясь в это время злобным и раздражительным.

К симуляции галлюцинаций чаще всего прибегают лица, в прошлом перенесшие белую горячку или иные заболевания с нарушением процессов восприятия. Они рассказывают о всякого рода фантастических видениях, о том, как к ним в палату приходят «страшные тигры и львы», одетые в костюмы и говорящие человеческими голосами, о прыгающих зайчиках, чертях, ведущих хоровод с кошками, о родственниках в белых платьях, покойниках, пролезающих через стены и зовущих к себе, «на тот свет».

Относительно часто симулируется ступор и мутизм. Симулирующий такое состояние сидит в неподвижной позе или лежит в постели, ни с кем не разговаривает, не следит за внешностью, питается только тогда, когда ему приносят пищу. Отказ симулянта от бесед с врачом избавляет его от серьезного испытания. При подобном поведении у врачей может возникнуть подозрение в реактивном или даже в кататоническом ступоре.

Однако внимательное наблюдение может вскрыть симулятивную природу поведения. Обычно симулянт при застывании избирает наиболее удобную позу и избегает той, которая требует большого напряжения, меняет ее. Выражение лица у молчащих симулянтов злобное, напряженное, с отдельными мелкими мышечными сокращениями и подергиваниями. Сидя с опущенной головой, такой субъект внимательно следит за окружающим. При упоминании о волнующих событиях лицо его краснеет, покрывается потом, пульс резко учащается (до 120 ударов в минуту и больше). Вне врачебного наблюдения поведение его меняется. Обычно симулирующий хорошо спит, самостоятельно ходит в уборную. Отказ от пищи у таких симулянтов носит показной характер. Иногда для усиления впечатления

о себе как о душевнобольном симулянт внезапно набрасывается на персонал, совершает демонстративные попытки к самоубийству.

Симулятивное возбуждение по своему характеру обычно не укладывается ни в одну клиническую форму, носит чрезвычайно грубый характер, сопровождается нелепыми выходками, криком, метанием из стороны в сторону, нанесением себе повреждений (не тяжелых), поеданием собственных испражнений, мастурбированием на глазах санитаров. Замечания персонала о недопустимости такого поведения вызывают бурную реакцию.

Такое поведение протекает у симулянта при ясном сознании и с достаточным учетом окружающего. Иногда у «больного» могут возникать судороги истерического характера с громким плачем, причитаниями и выкрикиванием какой-либо одной фразы.

Симуляция нарушений сознания носит карикатурный и неубедительный характер. Внешне симуляция приближается к истерической игре.

Один испытуемый всякий раз во время обхода демонстрировал расстройство сознания следующим образом: внезапно широко раскрывал глаза, разводил руками и, как бы ничего не понимая, с удивлением спрашивал: «Где я? Откуда я?» Далее заявлял, что прибыл из Сан-Франциско, возмущался тем, что у него пропали лайковые перчатки и лаковые туфли, вызывал к себе лакеев. При этом внимательно следил за собеседником и за тем, какое впечатление производят на собеседника заявления. Улавливая в словах врача недоверие, старался придать своим высказываниям более нелепый смысл.

Часто с целью симуляции испытуемые ссылаются на амнезию, пытаясь этим доказать наличие в период преступления расстроенного сознания. Как уже неоднократно указывалось, наличие амнезии трудно доказать, и поэтому подобные ссылки практического значения не имеют.

О расстройстве сознания обычно судят по косвенным признакам, по мимике лица в тот период, характеру жалоб, состоянию внимания, ориентировке в окружающем.

К сложным видам симуляции относится симуляция шизофрении. Последняя трудна для симулянта и требует значительных усилий от эксперта для распознавания.

Симуляция шизофрении с расстройством мышления и разорванность речи наблюдается редко, так как такие расстройства трудно или почти невозможно искусственно воспроизвести психически здоровому человеку. Значительно легче продемонстрировать разорванность мышления в письме, когда симулянту удается спокойно обдумать каждое слово. Нарочитая «разор-

ванная» речь обычно сводится к перечислению предметов, относящихся к определенной ситуации, в которой находится испытуемый или воспроизводимой им по памяти.

Обвиняемый в изнасиловании и симулирующий разорванность речи произносил: «Всем, всем... Я главой Искандера Великого повелеваю... прекратите... электронасыщение, иглотоконасыщение, прочь погань электрическую, убрать электрические обручи». Временами он произносил второй вариант своей речи: «Только мне, только мой мировой стратостат... 800 миллионов лет... только марсианцам... лунианцам, вегетарианцам принадлежат мои мировые открытия... в пространстве мира, в пространстве звезд». Эти монологи симулянт повторял неизменно в одних и тех же выражениях, как заученный урок, в то время как при шизофренической разорванности речь всякий раз бывает иной, новой.

Чаще всего симулирующие шизофрению пытаются изображать не расстройство речи, а ступор с мутизмом, бред и ряд других проявлений. Наглядно это видно на следующем наблюдении.

69. Г., мужчина, 39 лет, обвинялся в убийстве жены. Труп убитой он расчленил и пытался по частям вынести из квартиры. Всем приходившим родственникам сообщал, что жена ушла в больницу. В тот же день распродал вещи убитой и скрылся. В течение четырех месяцев жил под вымышленной фамилией в деревне другой области. После задержания сознался в убийстве.

Жестокий характер преступления вызвал у следователя сомнения в психической полноценности обвиняемого, в связи с чем он был направлен на экспертизу в психиатрическую больницу.

В больнице сообщил, что последнее время слышит «голоса великих мыслителей», которые говорят, что он станет великим ученым, что жена уже давно собиралась его уничтожить, что для этой цели она подкупила несколько человек и дала им за его голову 15 тыс. руб. Г. требовал вызвать представителей власти, которым хотел рассказать и передать свои незаконченные литературные труды: «История двух сердец» и «Крестьянское гнездо», которые писал тайно от жены. По поводу убийства жены говорил неохотно, заявлял: «Такого человека как она, никогда не убьешь. Человек вообще никогда не умирает и не может умереть, так как век его настолько короток, что не смог бы довести до конца свою идею».

Испытуемый говорил, что из «мира зримых и незримых» подсказывает Максим Горький.

Мысли об убийстве жены подсказаны «через звуки». Убить жену было необходимо, иначе сам бы погиб, а вместе с ним погибла бы и наука, которую он призван развивать и передать человечеству. Эти же звуки одобрили избранный способ убийства и подсказали, что после убийства нужно сделать «выдержку», чтобы все «проквасить», а затем сделать шлакобетон и положить туда голову жены, для того чтобы «ее мысли больше не работали». Но так как это не сделано, то теперь «она здесь, говорит звучно и смеется».

Поведение обвиняемого в больнице отличалось упорядоченностью, с окружающими Г. был в меру общителен.

Было дано заключение: Г. страдает душевным заболеванием в форме шизофрении, в отношении инкриминируемого деяния, совершенного в период болезни, невменяем, нуждается в принудительном лечении.

В связи с возникшим у следственных органов сомнением в правильности заключения, обвиняемого направили на повторную экспертизу в институт имени Сербского, где он находился в ясном сознании, правильно ориентировался в месте, времени и окружающей обстановке, с повышенным интересом относился к результатам обследования, настойчиво расспрашивал об этом врачей. Создавшейся ситуацией был встревожен, на имя прокурора написал заявление, в котором указал, что не может больше «находиться в неизвестности». Во время беседы с врачом Г. напряжен, волнуется, пульс его заметно учащается. Врача просит не напоминать об обстоятельствах преступления, но по собственной инициативе подробно описал свои переживания.

Фактические сведения, сообщаемые испытуемым, противоречивы, не соответствуют объективным данным и носят выдуманный характер. Г. сообщил, что убийство жены ему «продиктовано голосами», которые описали также внешность подкупленных женою убийц. Он пил водку с этими убийцами, затем вступил с ними в спор и троих убил, за остальными тремя погнался, но не поймал. Когда вернулся в комнату, то трупов убитых не оказалось, так как «жена негласно их куда-то эвакуировала».

После убийства жены эти же голоса заставили его скрываться в течение многих месяцев.

При более подробных расспросах по поводу совершенного деяния теряется, начинает приводить новые версии в объяснение своих действий.

Экспертная комиссия дала заключение, что обвиняемый является психопатической личностью со склонностью к хроническому алкоголизму; душевным заболеванием не страдал и не страдает, во время совершения инкриминируемых ему деяний находился во вменяемом состоянии. Последующее поведение носило симулятивный характер.

Такой вывод эксперты обосновали тем, что в период и после убийства обвиняемый вел себя обычно, не проявлял никаких странностей. Все действия, предпринятые обвиняемым после убийства жены, преследовали цель тщательно скрыть следы преступления. Поведение в тот период показывает, что он давал отчет в создавшейся ситуации. При задержании Г. дал этим фактам реальные объяснения, совпадающие с объективными данными. И только впоследствии, после ареста стал ссылаться на болезненное состояние, отмечал, что убийство совершил под влиянием голосов, что жена и еще какие-то лица преследовали его, намереваясь убить. Эти высказывания первая экспертиза расценила как бредовые идеи, и это явилось основанием предполагать наличие у обвиняемого психического заболевания в форме шизофрении. Однако все высказывания носили неправдоподобный, противоречивый характер и преследовали цель создать у врачей впечатление о душевном заболевании. Сообщаемые Г. сведения о болезненных переживаниях были клинически несовместимы, не укладывались в клиническую картину какой-либо формы психоза, в частности шизофрении; все предъявляемые симптомы не имели никакого развития. Бредоподобные высказывания носили грубо-конкретный характер и не отражались на его поведении.

Сообщения о болезненных переживаниях обвиняемый произвольно приспосабливал к объяснению преступных действий. Все это явилось основанием отвергнуть диагноз шизофрении у Г. и квалифицировать его необычные поведение и высказывания в период задержания, следствия и экспертизы как симулятивные.

Относительно возможности и частоты симуляции эпилепсии существуют разные мнения. Одни психиатры считают,

что симуляция эпилепсии, и в особенности такого существенного компонента, как судорожный припадок, встречается сравнительно чаще других притворных болезней и что симуляция припадков может быть столь умелой, что распознать ее искусственный характер не всегда удается. Другие, наоборот, исключают такую возможность.

Особенно редкой и трудной считается симуляция эпилептических сумеречных состояний.

Эпилептический судорожный припадок и сумеречные состояния настолько своеобразны, что выявить их симулятивную природу вполне возможно, особенно при условии тщательного и всестороннего обследования в стационаре опытным врачом. Симулирующие эпилепсию всячески избегают такого обследования и своими неправдоподобными рассказами о припадках пытаются ввести врачей в заблуждение.

70. Н.[1], мужчина, 58 лет, без определенных занятий, с 13-летнего возраста занимается кражами. По подложным документам и под разными фамилиями разъезжал по городам, выдавал себя то за «партизана Железняка», то за почетного комиссара крейсера «Аврора», присвоил боевые ордена, подделал на свою фамилию грамоту Героя Советского Союза, несколько раз женился, не расторгая прежних браков. От последней жены скрылся, спустя некоторое время сообщил, что болен и лежит в больнице, а затем выслал подложную справку о своей смерти.

За совершенные преступления (мошенничество, хищения, хулиганство, кражи) Н. неоднократно привлекали к уголовной ответственности. В связи с жалобами на припадки всякий раз его направляли на психиатрическую экспертизу, которая в одних случаях признавала его страдающим эпилепсией с сумеречными состояниями сознания, в других — психически здоровым и вменяемым, а припадки — симулятивными. В местах заключения, если Н. туда попадал, находился недолго и обычно направлялся в психиатрическую больницу на лечение или же досрочно освобождался как инвалид, трудоспособность которого в условиях заключения восстановить невозможно. Один раз Н., узнав, что признан психически здоровым, бежал из больницы и некоторое время скрывался. Вне мест заключения припадков не наблюдалось. В последний раз Н. привлекли к уголовной ответственности и судили за то, что на протяжении трех лет по подложным документам и справкам он в 12 городах получил пенсии на сумму около 37 тыс. руб. При задержании у Н. обнаружили штампы, печати и подделанные документы.

Н. был приговорен к лишению свободы.

Отбывая наказание, Н. вел себя неправильно, оскорблял охрану и администрацию тюрьмы, кричал, подговаривал других заключенных объявить голодовку, вымазал камеру испражнениями. Говорил, что все это сделал во время эпилептического припадка.

По описанию врачей психиатрических больниц, в которых находился Н., припадки выражались в том, что он начинал дрожать, а затем кусал себе руки. В дальнейшем во время припадка беспорядочно бился руками и ногами. Последнее время после припадка стали наблюдаться сумеречные состояния сознания, во время которых Н. бессвязно говорил, молился.

---

[1] Этот случай наблюдался в институте имени Сербского и описан в сб. «Судебнопсихиатрическая практика» 1950 г. № 1.

В дальнейшем в таком сумеречном состоянии у него стали появляться «видения». Н. якобы видел «на трехглавом коне молодую интересную женщину, дочь Иисуса — Луизу» с бриллиантовым глазом, которая держала приготовленную для него ризу.

С предварительным диагнозом «сумеречные состояния эпилептического происхождения» Н. перевели в институт имени Сербского для заключения по вопросу о возможности дальнейшего пребывания в местах лишения свободы.

Анамнестические сведения, которые осужденный сообщил в институте, были неточными, противоречивыми. Сообщил, что в годы гражданской войны якобы был контужен, а в возрасте 22 лет болел сифилисом. К этому же периоду, со слов Н., у него появились судорожные припадки.

Наблюдения в институте Сербского показали, что неврологическое и соматическое состояние Н. без существенных отклонений от нормы, признаков сифилитического поражения нервной системы нет.

За время пребывания Н. на экспертизе у него регулярно, через два дня на третий, наблюдались припадки явно симулятивного характера. Обычно под утро он громко вскрикивал, затем появлялись судорожные движения конечностей, иногда пена у рта с примесью крови, веки глаз были сжаты настолько плотно, что реакцию зрачков проверить не удавалось. Припадок длился обычно одну-две минуты и заканчивался мочеиспусканием. После этого подэкспертный становился на колени, простирал вверх руки и монотонным голосом говорил одни и те же фразы: «Господи, я призываю тебя, я вижу тебя, но ничего не могу сделать. Нахожусь во власти главного дьявола, который жжет меня раскаленным железом, вижу все в кровавом цвете, огне, он заставляет меня вырубить всю семью». В зависимости от обстановки и количества присутствующих при этом «молитва» произносилась один или несколько раз. После прочтения «молитвы» Н. ложился на матрац и укрывался с головой одеялом. В течение последующего дня был вял, иногда начинал тихо бормотать отдельные слова: «весь в шерсти, дьявол, рожки, копытца, держит во власти» и т. д. Как правило, в этом состоянии испытуемый сопротивлялся обследованию, от завтрака отказывался, а обед съедал под одеялом, при этом ложкой не пользовался, жидкую часть пищи выпивал через край, густую хватал руками. На следующее утро, как правило, был в ясном сознании, правильно ориентировался в месте, времени и окружающем, в благодушном настроении, охотно и много разговаривал с окружающими, был вежлив, приветлив, угодлив, иногда даже просил прощения за свое поведение во время припадка. В беседе с врачом без стеснения рассказывал о мошенничествах и бесчисленных связях с женщинами. Сведения о себе сообщал охотно, приукрашивал многие события из своей жизни, сообщал явно ложные факты и отмечал, что в последние годы память у него ухудшилась. При проверке памяти обнаруживал «полную несостоятельность», говорил, что ничего не может запомнить, «забыл даже таблицу умножения». Хорошо ориентировался в практических вопросах, понимал цель пребывания в институте, интересовался своей судьбой.

За симулятивную природу припадков у этого испытуемого говорит их беспорядочный характер, отсутствие типичного для эпилепсии перехода тонических судорог в клонические; мочеиспускание наступало не во время припадка, а после него; нарушения восприятия и бредовые переживания в сумеречном состоянии у эпилептиков сопровождались обычно аффектом страха, которого у Н. не было; ориентировка в окружающем в период припадка не нарушалась; не обнаруживал испытуе-

мый и изменений личности (вязкости, обстоятельности, тугоподвижности мышления), обычно наступающих у лиц, длительно болеющих эпилепсией. Следует обратить внимание также и на то обстоятельство, что по мере накопления у него опыта припадки все более и более усложнялись, что и могло ввести в заблуждение некоторых врачей, признававших его больным и невменяемым.

Симуляция психического заболевания рассматривается в качестве защитного поведения обвиняемого и не влечет уголовного наказания, за исключением симуляции болезни военнослужащим с целью уклонения от несения обязанностей военной службы. В соответствии со ст. 13 Закона об уголовной ответственности за воинские преступления такая симуляция является уголовно наказуемым деянием.

Разоблачить симуляцию крайне важно прежде всего потому, что нераспознанная симуляция психического заболевания позволяет лицу, совершившему уголовно наказуемое деяние, уйти от наказания, вселяет уверенность у преступника в безнаказанности и порождает тенденцию к симулированию у других лиц.

Трудности распознавания симуляции зависят, с одной стороны, от того, насколько умело симулируется психическое заболевание, и с другой, — насколько высока клиническая квалификация и специальный опыт врача-эксперта. Симулянты исследуются методом клинического наблюдения в лечебном учреждении для психически больных.

Необходимо обобщить данные о методах раскрытия симуляции.

Как уже отмечалось, при симуляции обычно не создается у врача целостной клинической картины психического заболевания, так как демонстрируемые симптомы и синдромы выступают в таком необычном и противоречивом сочетании, в каком у больного они не бывают. Болезненную симптоматику симулирующие обычно «переигрывают» и преподносят в утрированном, грубо карикатурном виде.

Клинический опыт показывает, что психическая болезнь имеет определенную последовательность в течении и свое развитие, в то время как при симуляции такой последовательности нет, картина заболевания пестра, симптомы возникают и исчезают беспорядочно. Так, о галлюцинациях симулянты говорят неуверенно, бред высказывают в одних и тех же выражениях и без дальнейшего уточнения. При симуляции слабоумия выступает несоответствие между психическим состоянием в период экспертизы и в обычном состоянии, когда обвиняемый обнаруживает нормальный интеллект и правильную ориентировку в окружающем.

При симуляции обычным является несоответствие физических и неврологических симптомов психическому состоянию. При сообщении симулирующему волнующих сведений у него обычно лицо краснеет, покрывается потом, пульс резко учащается, при внешне безразличной позе. Во время беседы симулирующий, как правило, не смотрит в глаза собеседнику и вместе с тем внимательно следит за всем, что происходит вокруг. Чтобы меньше подвергаться риску быть изобличенным, симулирующий обычно избегает бесед с врачом, лежит в постели и притворяется спящим, отказывается от лабораторных исследований. Помогают разоблачению симуляции передаваемые симулирующими письма, содержание которых противоречит состоянию симулянта.

Клиническое наблюдение при выявлении симуляции дополняют психологические методы. Сюда относятся сверхлегкие и быстро задаваемые вопросы. Быстрые и неожиданные вопросы, которые предложил задавать симулирующим Л. И. Айхенвальд, вызывают смущение, растерянность и противоречивые ответы. О симуляции может говорить и такой факт, когда после вскользь высказанных замечаний врача об отсутствии того или иного симптома у симулирующего появляется этот симптом.

Психиатрам известны и другие методы выявления симуляции.

В связи с тем, что симулировать могут не только психически здоровые, но и душевнобольные, наряду с выявлением симуляции следует убедиться также в благополучии психического здоровья симулирующего. Ограничившись констатацией только симуляции, можно допустить ошибку и симулирующего психически больного признать психически здоровым. Более частая ошибка, однако, заключается в том, что начавшееся психическое заболевание диагностируется как симуляция.

Кроме симуляции, в судебнопсихиатрической практике приходится сталкиваться также с **аггравацией психических заболеваний**, т. е. с преднамеренным преувеличением имеющихся болезненных симптомов или синдромов или болезненного состояния в целом. Чаще всего аггравация наблюдается у олигофренов и лиц с органическим поражением мозга. На фоне незначительных интеллектуальных изменений такой больной, преследуя определенную цель, начинает преувеличивать заболевание.

Распознается аггравация по тем же признакам, что и симуляция.

Уже указывалось, что некоторые психически больные могут скрывать свою болезнь, т. е. диссимулируют.

Диссимуляция — это тоже симуляция: психически больной симулирует душевное здоровье.

Чаще всего диссимулируют больные, страдающие бредовыми идеями. Такие больные скрывают болезненные явления и внешне стараются вести себя правильно. Больной хорошо знает, что эти явления окружающие считают болезнью, хотя сам он не считает их таковыми. К диссимуляции больные прибегают для того, чтобы выписаться из психиатрической больницы, ослабить надзор за собой, чтобы затем покончить жизнь самоубийством или совершить какой-либо агрессивный акт, расправиться с «преследователями» и «врагами». Некоторые диссимулирующие больные очень опасны для окружающих.

71. С., мужчина, 36 лет, привлекался к ответственности за убийство рабочего топографической группы, которую обвиняемый возглавлял. При задержании, несмотря на явные улики, С. отрицал причастность к убийству, говорил, что убитого знает плохо и даже не знает его фамилии. В связи с отсутствием видимых мотивов убийства, обвиняемый был направлен на психиатрическую экспертизу.

Во время экспертизы С. сообщил о себе сведения преимущественно формального характера, уклонялся от ответов при расспросах о болезни, уверял врача, что считает себя психически здоровым, к убийству не причастен и направление на экспертизу считал недоразумением. Однако С. был напряжен, несколько тревожен и подозрителен, хотя вел себя правильно. Только спустя несколько месяцев он стал высказывать, и то крайне осторожно, жалобы, свидетельствующие о наличии у него бреда. Однажды С., например, заявил, что у него «от пищи появляется половое возбуждение, а это просто хулиганство со стороны медицинского персонала». Затем заявил, что ему дают отравленную пищу, что врачи специально заразили туберкулезной палочкой. Несмотря на бедную симптоматику психического заболевания, С. все же был признан невменяемым с диагнозом шизофрения.

В дальнейшем у подэкспертного выявился бред, существовавший, как установлено, и в период совершения убийства. Рабочего, как он объяснил, задушил потому, что тот под вымышленной фамилией специально подослан, чтобы узнавать все мысли и намерения С.

В больнице был особенно агрессивным, злобным, несколько раз нападал на санитаров.

Выявить болезнь у диссимулирующего больного не всегда бывает легко даже опытному психиатру. Особенно трудно выявить диссимуляцию бреда у больных с относительно сохранным интеллектом, например, у лиц с психозом инволюционного характера.

Психически больной может диссимулировать как всю картину болезни, так и отдельные ее проявления (бред, галлюцинации и т. п.).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение I

ИНСТРУКЦИЯ

О ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СССР от 31 мая 1954 г.

(Согласована с Министерством юстиции СССР, с Министерством внутренних дел СССР и с Прокуратурой СССР и утверждена министром здравоохранения СССР)

Глава I

Общие положения

1. Основными задачами судебнопсихиатрической экспертизы являются:

а) определение психического состояния и заключение о вменяемости лиц, задержанных или привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих у следственных органов и суда сомнение в их психическом здоровье, а также определение их психического состояния в период испытания и заключение о необходимых медицинских мерах в отношении лиц, признанных невменяемыми или заболевших психически после совершения преступления;

б) определение психического состояния лиц, обнаруживших признаки психического расстройства в период отбывания наказания, и дача заключения о необходимых медицинских мерах в отношении этих лиц;

в) определение в необходимых случаях психического состояния потерпевших и свидетелей;

г) заключение о дееспособности лиц, вызывающих сомнение в их психическом здоровье у суда в гражданском процессе.

2. Судебнопсихиатрическая экспертиза находится в ведении органов здравоохранения.

Оперативное руководство судебнопсихиатрической экспертизой осуществляется министерствами здравоохранения союзных и автономных республик, краевыми, областными и городскими отделами здравоохранения через республиканских, краевых, областных и городских психиатров.

Методическое и научное руководство судебнопсихиатрической экспертизой осуществляется Министерством здравоохранения СССР через Центральный научно-исследовательский институт судебной психиатрии имени проф. Сербского.

3. При проведении судебнопсихиатрической экспертизы психиатрические учреждения (больницы, диспансеры, поликлиники) и отдельные врачи руководствуются соответствующими статьями уголовного и уголовно-процессуального кодексов, а также соответствующими инструкциями и издаваемыми Министерством здравоохранения СССР приказами.

4. Судебнопсихиатрическая экспертиза производится по предложению органов расследования, по определению суда, а в отношении осужденных — по направлению администрации мест лишения свободы.

Примечание. При судебнопсихиатрическом освидетельствовании лиц, направленных на экспертизу, могут присутствовать представители органа, ведущего следствие, и прокуратуры.

5. Судебнопсихиатрическая экспертиза может проводиться стационарно, амбулаторно, на суде и у следователя, а в исключительных случаях — в отсутствие испытуемого заочно, по материалам дела.

6. Судебнопсихиатрическое заключение о состоянии психического здоровья, о вменяемости или дееспособности дается на основании психиатрического исследования испытуемого, изучения материалов уголовного дела и сведений из прошлой жизни испытуемого, документов и справок о перенесенных в прошлом заболеваниях.

7. Все медицинские учреждения (больницы, клиники, диспансеры, поликлиники и др.) обязаны представлять судебнопсихиатрической экспертизе необходимые для нее сведения и материалы об испытуемом (истории болезни, справки, анализы и проч.).

8. Судебнопсихиатрическое заключение оформляется в виде акта. Акт судебнопсихиатрической экспертизы состоит из следующих частей:

а) введения, содержащего указания на время и место производства экспертизы; состав экспертной комиссии; фамилии, имени, отчества и возраста испытуемого; краткое содержание уголовного дела с указанием статьи Уголовного кодекса, кем направлен испытуемый на экспертизу и по какому поводу;

б) сведений о прошлой жизни с указанием, от кого они получены, сведений о прошлых заболеваниях со ссылкой на документы, подтверждающие эти данные, истории настоящего заболевания;

в) подробного описания физического, неврологического и психического состояния испытуемого в период экспертизы и данных специальных лабораторных исследований;

г) заключительной части акта, содержащей оценку психического состояния испытуемого в период экспертизы и диагноз психического заболевания, если таковое имеется: в отношении лиц, привлекаемых к уголовной ответственности (обвиняемых), — оценку психического состояния испытуемого в момент совершения преступления и связанное с этим заключением о вменяемости; в отношении осужденных — заключение о возможности отбывать наказание в местах лишения свободы; в отношении истцов и ответчиков по гражданским делам — об их дееспособности; в отношении свидетелей и потерпевших — о способности давать свидетельские показания; в отношении обвиняемых и заключенных, признанных психически больными и невменяемыми, — о необходимых медицинских мерах. В заключительной части акта должны быть даны ответы на другие поставленные судебно-следственными органами вопросы.

9. Акт судебнопсихиатрической экспертизы подписывается всеми членами комиссии, которые несут за его содержание равную ответственность. В случае несогласия одного из экспертов с заключением комиссии он имеет право акт не подписывать и представить особое мнение, прилагаемое к акту экспертизы.

10. В случае признания экспертизы недостаточно ясной или неполной, а также в случаях разногласия между экспертами, органы расследования или суды обращаются с предложением организовать повторную экспертизу в органы здравоохранения. Последние организуют новую экспертную комиссию через республиканского, краевого, областного или городского психиатра, привлекая наиболее квалифицированных психиатров или направляя испытуемых в специальные судебнопсихиатрические учреждения, судебнопсихиатрические отделения психоневрологических больниц, а в особо сложных случаях — в Центральный научно-исследовательский институт судебной психиатрии им. проф. Сербского Министерства здравоохранения СССР.

11. Все дела, истории болезни, копии актов, отчеты и переписка по вопросам судебнопсихиатрической экспертизы выделяются в особое делопроизводство.

Глава II

Права и обязанности судебнопсихиатрических экспертов

12. Судебнопсихиатрическим экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача и специализацию по психиатрии.

13. На врачей-психиатров, проводящих судебно-психиатрическую экспертизу, распространяется положение о правах и обязанностях экспертов, предусмотренное Уголовно-процессуальным кодексом.

14. Судебнопсихиатрический эксперт имеет право с разрешения следственных органов знакомиться с обстоятельствами дела, уяснение которых необходимо ему для производства экспертизы. В процессе судебного следствия эксперт имеет право задавать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям.

В случаях, когда представленные ему материалы недостаточны для заключения, он заявляет о невозможности дать заключение и указывает, какие именно материалы или документы, дополнительные исследования и расследование, допросы тех или других лиц (обвиняемых, потерпевших, свидетелей) ему необходимы для производства экспертизы.

В случае непредставления эксперту просимых им данных он составляет акт, подробно объяснив в нем мотивы отказа от дачи заключения.

15. В тех случаях, когда судебнопсихиатрический эксперт не может ответить на поставленные ему при экспертизе вопросы, он обязан по этому поводу дать мотивированное объяснение.

16. Судебнопсихиатрический эксперт не имеет права разглашать известные ему следственные материалы по делу и данные, полученные им при судебнопсихиатрической экспертизе, и сообщает их только следственным и судебным органам по их требованию.

За разглашение следственных материалов и данных экспертизы эксперт несет ответственность по соответствующим статьям Уголовного кодекса.

17. Судебнопсихиатрические эксперты ведут по установленной форме учет произведенных ими экспертиз, составляют отчет по установленной форме и направляют его в соответствующие органы здравоохранения (республиканскому, краевому, областному или городскому психиатру).

Глава III

Амбулаторная экспертиза

18. Амбулаторная экспертиза производится постоянными судебнопсихиатрическими амбулаторными комиссиями, которые организуются местными органами здравоохранения.

19. Амбулаторная комиссия организуется при местной психоневрологической больнице или при одном из местных медицинских учреждений (диспансере, поликлинике и т. п.).

20. Амбулаторная судебнопсихиатрическая экспертиза производится комиссией в составе трех врачей психиатров: председателя и двух членов комиссии, из которых один является докладчиком. Персональный состав комиссии назначается местным здравотделом по представлению республиканского, краевого, областного или городского психиатра.

Примечание. В тех местностях, где комиссия в составе трех психиатров не может быть создана, допускается комиссия в составе двух врачей-психиатров, а в исключительных случаях амбулаторная экспертиза может производиться одним врачом-психиатром.

21. На испытуемых, проходящих через амбулаторную экспертную комиссию, составляются амбулаторные истории болезни с занесением в них данных, обосновывающих заключение, и составляется акт экспертизы.

22. В случаях затруднений, возникающих у членов комиссии по вопросу о психическом здоровье, вменяемости или дееспособности испытуемого, амбулаторная комиссия дает заключение о необходимости проведения стационарного испытания.

Глава IV

Стационарная экспертиза

23. Стационарная судебнопсихиатрическая экспертиза производится в психиатрических институтах, клиниках и психоневрологических больницах.

24. Испытуемые помещаются для экспертизы в специальные судебнопсихиатрические отделения психоневрологических больниц, а при отсутствии таковых — в специально отведенные и по возможности изолированные палаты общих отделений больниц.

25. В учреждениях, проводящих стационарное испытание (п. 23), организуются стационарные экспертные комиссии. В психиатрических клиниках и психоневрологических больницах экспертные комиссии организуются в составе не менее трех лиц:

а) председателя — главного врача или заведующего медицинской частью больницы (клиники);

б) постоянного члена комиссии — заведующего судебнопсихиатрическим отделением или другого врача больницы (клиники), из числа имеющих специальную судебнопсихиатрическую подготовку;

в) врача-докладчика, проводившего постоянное наблюдение за испытуемым.

В психиатрических институтах экспертные комиссии образуются на основании положений об институтах.

26. Срок стационарного испытания не должен превышать 30 дней.

В случае невозможности вынести окончательное заключение о психическом здоровье и вменяемости в указанный срок стационарная экспертная комиссия выносит мотивированное решение о необходимости продления срока испытания, направляя копию этого решения органу, назначившему судебнопсихиатрическую экспертизу.

Глава V

Экспертиза на суде, у следователя и в местах лишения свободы

27. Судебнопсихиатрическая экспертиза у следователя, на суде и в местах лишения свободы может производиться врачом-психиатром единолично или комиссией из нескольких врачей-психиатров, вызываемых судом, следователем или администрацией места лишения свободы.

28. В случае возникновения при экспертизе у следователя на суде или в месте лишения свободы затруднений при решении вопроса о психическом здоровье и вменяемости испытуемого врач-эксперт может дать заключение о необходимости производства экспертизы в комиссии или о направлении испытуемого на стационарную экспертизу.

29. Врачи, производящие судебнопсихиатрическую экспертизу у следователя, на суде и в местах лишения свободы, обязаны отчитываться в своей работе перед соответствующими органами здравоохранения.

Приложение II

ИНСТРУКЦИЯ

О ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

(Утверждена Министерством здравоохранения СССР 4 марта 1960 г.)

В целях упорядочения и единообразия проведения судебнопсихиатрической экспертизы в гражданском процессе необходимо руководствоваться следующими положениями, вытекающими из норм гражданского права и процесса:

1. Судебнопсихиатрическая экспертиза в гражданском процессе производится в тех случаях, когда разрешение гражданского дела находится в зависимости от определения психического состояния лица в момент совершения им оспариваевого в суде действия или от возможности осуществления им в дальнейшем принадлежащих ему прав.

Сюда относятся, в частности, следующие категории дел:

а) О признании сделки недействительной. Согласно ст. 31 ГК РСФСР и соответствующим статьям гражданских кодексов других союзных республик признаются недействительными сделки, совершенные лицами, вполне лишенными дееспособности или временно находившимися в таком состоянии, когда они не могли понимать значения своих действий. Наиболее часто встречающимися делами этой категории являются дела о признании недействительным завещания, договора дарения, договора купли-продажи и др.

б) Иски о возмещении вреда. Согласно ст. 405 ГК недееспособные лица не отвечают за вред, причиненный их действиями. Ответственность в этом случае возлагается на лиц, обязанных осуществлять надзор за недееспособными.

в) Иски о признании брака недействительным, как заключенного лицом, признанным в установленном законом порядке душевнобольным или слабоумным (ст. 6 КЗоБСО РСФСР и соответствующие статьи кодексов других союзных республик).

г) Судебные споры о воспитании детей, при разрешении которых может встать вопрос о способности данного лица осуществлять воспитание ребенка в связи с наличием у родителя душевного заболевания.

д) Дела о расторжении брака. При этом надо иметь в виду, что в соответствии с п. 16-а Инструкции НКЮ РСФСР, утвержденной СНК СССР 27 ноября 1944 г., при хроническом душевном заболевании одного из супругов распоряжение брака может быть произведено в упрощенном порядке. Поэтому судебнопсихиатрическая экспертиза по данной категории дел должна в заключении обязательно указать, носит ли заболевание хронический или временный характер,

2. По любому гражданскому делу у суда может возникнуть сомнение в психической полноценности одной из сторон и невозможности в связи с этим для данного лица защищать свои интересы в судебном процессе. При таком сомнении суд в соответствии со ст. 113 п. «б» Гражданского процессуального кодекса РСФСР и соответствующих статей гражданско-процессуальных кодексов других союзных республик приостанавливает дело до разрешения вопроса о назначении опеки над данным лицом.

Так как признание лиц недееспособными и назначение над ними опеки производятся исполкомами местных Советов депутатов трудящихся, то в указанных случаях вопрос о признании лица недееспособным и назначении над ним опеки разрешается исполнительными комитетами по месту жительства больного.

3. Определение психического состояния истцов и ответчиков производится судебнопсихиатрической экспертизой, осуществляемой в соответствии с Инструкцией Министерства здравоохранения СССР от 31 мая 1954 г. «О производстве судебнопсихиатрической экспертизы в СССР», положения которой о составе комиссии, медицинской документации, сроках освидетельствования и т. д. распространяются и на экспертизу в гражданском процессе.

4. В случаях, когда экспертиза не может решить вопрос о психическом состоянии испытуемого в амбулаторных условиях, а испытуемый отказывается от стационарной экспертизы, экспертная комиссия может по аналогии с примечанием к ст. 171 УПК отказаться от дачи заключения, составив об этом мотивированное заключение.

5. При наличии у испытуемого в период его обследования выраженного психоза, в связи с чем он представляет определенную общественную опасность, судебнопсихиатрическая экспертиза указывает в своем заключении о необходимости направления его в психиатрическую больницу на стационарное лечение. В случае же полной несостоятельности и беспомощности больного судебнопсихиатрическая экспертиза должна поставить вопрос через районного психиатра перед соответствующим исполнительным комитетом о признании данного лица недееспособным и учреждении над ним опеки.

6. Получив заключение судебнопсихиатрической экспертизы о необходимости стационирования испытуемого, суд сообщает об этом органам здравоохранения по месту жительства больного, которые обязаны безотлагательно направить его на лечение.

7. При освидетельствовании свидетелей, принимающих участие в гражданском процессе, судебнопсихиатрическая экспертиза дает заключение только о их психическом состоянии с оценкой их способности или неспособности правильно оценивать факты, имеющие значение по делу (ст. 61 УПК РСФСР) [1].

---

[1] Статья 61 УПК РСФСР 1923 года соответствует ст. 72 УПК РСФСР 1960 года. — *Ред.*

Приложение III

ИНСТРУКЦИЯ

О ПОРЯДКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ДРУГИХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ПРЕСТУПЛЕНИЕ

от 31 июля 1954 г.

(Согласована с Министерством юстиции СССР, с Министерством внутренних дел СССР и с Прокуратурой СССР и утверждена Министром здравоохранения СССР)

I. Общие положения

1. В качестве мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших преступление, могут применяться:

а) принудительное лечение в общих психоневрологических и психиатрических лечебных учреждениях;

б) принудительное лечение в специальных психиатрических учреждениях;

в) лечение в психоневрологической больнице или психиатрической колонии на общих основаниях;

г) отдача на попечение родных или опекунов и одновременно под врачебное наблюдение.

2. Указанные в ст. 1 меры медицинского характера назначаются только на основании заключения судебнопсихиатрической экспертизы, проводимой согласно «Инструкции о производстве судебнопсихиатрической экспертизы в СССР» от 31 мая 1954 г.

3. Меры медицинского характера, указанные в ст. 1, могут применяться в отношении:

а) лиц, совершивших преступление в состоянии хронического психического заболевания или временного расстройства психической деятельности и признанных невменяемыми;

б) лиц, совершивших преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения приговора заболевших хронической психической болезнью;

в) лиц, заболевших хронической психической болезнью во время отбывания наказания в месте лишения свободы.

II. Принудительное лечение

А. Назначение принудительного лечения

4. Принудительному лечению подлежат указанные в ст. 3 настоящей инструкции лица, которые по характеру совершенных ими действий и психическому состоянию представляют опасность для общества.

5. Принудительное лечение лиц, совершивших общественно опасные действия в невменяемом состоянии, а также лиц, совершивших преступление в состоянии душевного равновесия и заболевших хроническим психическим заболеванием до вынесения приговора, назначается судом.

Определение о назначении принудительного лечения этих лиц выносится в судебном заседании с участием прокурора и адвоката на основании рассмотрения заключения экспертов-психиатров, а также разрешения вопроса о том, действительно ли те или иные общественно опасные действия совершены ими, и вопроса о степени опасности их для общества.

Вопрос о направлении на принудительное лечение лиц, заболевших психической болезнью в местах лишения свободы и подлежащих освобождению в связи с этой болезнью от отбытия меры наказания, также разрешается судом в судебном заседании с участием прокурора и адвоката.

6. Назначая принудительное лечение, суд выносит определение об освобождении этих лиц из-под стражи (если они содержались под стражей), не устанавливая срока принудительного лечения.

7. При рассмотрении материалов в отношении лиц, совершивших общественно опасные действия в состоянии невменяемости, а также в отношении лиц, совершивших преступление в состоянии душевного равновесия, но до суда заболевших хроническим психическим заболеванием, суд решает вопрос о применении одного из пунктов ст. 1 настоящей инструкции, исходя из заключения судебнопсихиатрической экспертизы и в зависимости от степени опасности этих лиц для общества.

Лица, привлекаемые к уголовной ответственности за особо опасные преступления, а именно: за контрреволюционные преступления, бандитизм, разбойное нападение, убийство, нанесение тяжелых телесных повреждений и изнасилование — и признанные невменяемыми, а также заболевшие хроническим психическим заболеванием до суда или во время отбывания наказания за эти преступления, если они по своему психическому состоянию, установленному судом на основании судебнопсихиатрической экспертизы и материалов дела, представляют значительную общественную опасность, подвергаются принудительному лечению в специальных психиатрических учреждениях.

Примечание. В исключительных случаях на принудительное лечение в специальные психиатрические больницы могут быть направлены и психически больные, совершившие другие преступления, если по их психическому состоянию они представляют особую общественную опасность.

Остальные лица, привлекаемые к уголовной ответственности или осужденные за другие преступления, представляющие по характеру психического заболевания опасность для общества, подвергаются принудительному лечению в общих психоневрологических или психиатрических лечебных учреждениях, при условии освобождения их от дальнейшего отбывания наказания и содержания под стражей.

8. Исполнение определения суда о направлении на принудительное лечение производится в отношении лиц, находящихся в местах заключения, силами и средствами этих учреждений, а в отношении всех прочих лиц — органами здравоохранения при содействии в необходимых случаях органов милиции.

9. Вопрос о выборе общего психоневрологического или психиатрического лечебного учреждения, в которое согласно определению суда подлежит направлению психически больной, разрешается органами здравоохранения. При направлении психически больного в психоневрологическое или психиатрическое лечебное учреждение, туда одновременно посылаются копия определения суда и копия акта судебнопсихиатрической экспертизы. При наличии

указанных документов и предписания органов здравоохранения эти лица принимаются в психоневрологическое и психиатрическое лечебные учреждения безотказно.

Б. Проведение принудительного лечения

10. Проведение принудительного лечения по определению суда в общих психоневрологических больницах возлагается на органы здравоохранения.

11. Принудительное лечение в специальных психиатрических больницах возлагается на органы Министерства внутренних дел с участием органов здравоохранения.

12. Принудительное лечение по определению суда осуществляется психиатрическими и психоневрологическими учреждениями с соблюдением условий, обеспечивающих необходимое лечение и обслуживание психически больных, а также предупреждающих возможность с их стороны побегов и других эксцессов.

13. Перевод психически больного, находящегося на принудительном лечении, из одного психоневрологического или психиатрического учреждения в другое производится администрацией этого учреждения с разрешения вышестоящих органов здравоохранения.

14. Выход за пределы больницы психически больных, находящихся на принудительном лечении, может быть разрешен в исключительных случаях администрацией больницы с обеспечением надзора.

15. О каждом случае побега больного, находящегося на принудительном лечении, главный врач больницы или лицо, его заменяющее, немедленно ставит в известность органы розыска и прокурора района по месту нахождения больницы для проведения расследования и принятия мер к водворению бежавшего в больницу.

16. В случаях, когда возникает сомнение в наличии психического заболевания у лица, находящегося на принудительном лечении, или возникает сомнение в невменяемости его в момент совершения преступления, администрация больницы назначает врачебную комиссию и заключение комиссии, если она подтверждает возникшее сомнение, направляет областному прокурору по месту нахождения больницы для принятия соответствующих мер.

В. Прекращение принудительного лечения

17. Все больные, находящиеся в психоневрологической или психиатрической больнице на принудительном лечении, должны каждые шесть месяцев подвергаться переосвидетельствованию врачебной комиссией для определения их состояния и возможности постановки вопроса об изменении формы принудительного лечения (перевод из специального психиатрического учреждения в общее) или о его прекращении с переводом больного для лечения на общих основаниях или с отдачей на попечение родных и одновременно под врачебное наблюдение.

18. Принудительное лечение может быть прекращено или форма его может быть изменена по представлению администрации психоневрологической или психиатрической больницы, судом, назначившим принудительное лечение, или иным судом той же инстанции по месту нахождения психиатрического или психоневрологического учреждения.

19. Вопрос о прекращении принудительного лечения или об изменении его формы должен быть рассмотрен судом в течение 10 дней с момента получения об этом представления психиатрического (психоневрологического) учреждения в судебном заседании с участием прокурора и адвоката.

20. Основанием для возбуждения вопроса о прекращении принудительного лечения или об изменении его формы является выздоровление или

изменение психического состояния больного, устраняющее его опасность для общества или изменяющее степень этой опасности.

21. Для постановки перед судом вопроса о прекращении принудительного лечения или изменения его формы обязательно заключение экспертной психиатрической комиссии больницы, организуемой в соответствии с п. 25 Инструкции «О производстве судебнопсихиатрической экспертизы в СССР» от 31 мая 1954 г.

22. Заключение о возможности прекращения принудительного лечения с указанием в случае необходимости рекомендуемых дальнейших мер в отношении свидетельствуемого оформляется в виде акта и подписывается всеми членами комиссии.

23. При вынесении определения о прекращении в связи с выздоровлением принудительного лечения лиц, заболевших психической болезнью после совершения преступления, суд одновременно определяет:

а) о возобновлении судебного производства, если лицо заболело после передачи дела в суд, но до вынесения приговора или вступления его в законную силу;

б) о возобновлении исполнения приговора, если болезнь наступила во время его исполнения или после вступления его в законную силу, причем время принудительного лечения засчитывается в срок наказания;

в) о направлении дела в прокуратуру, если оно было приостановлено до передачи дела в суд.

24. При вынесении определения о прекращении принудительного лечения в отношении лиц, совершивших преступление в состоянии вменяемости и затем заболевших хронической психической болезнью, но не нуждающихся в дальнейшем содержании в больнице, суд, при наличии к тому оснований, указывает одновременно о прекращении уголовного дела либо об освобождении от назначенного по приговору наказания, если этот вопрос не был разрешен судом при вынесении определения о назначении принудительного лечения.

Г. Надзор за осуществлением принудительного лечения

25. Надзор за законностью и исполнением определений суда о применении принудительного лечения осуществляется органами прокуратуры.

Контроль за своевременным и правильным проведением принудительного лечения осуществляется органами здравоохранения.

Д. Медицинские мероприятия в отношении лиц, совершивших преступление в состоянии вменяемости и потом заболевших временным расстройством психической деятельности

26. Лица, заболевшие временным психическим расстройством в процессе производства по делу и направленные по постановлению следственных органов или суда на лечение, содержатся на положении испытуемых: привлекаемые к уголовной ответственности за особо опасные преступления — в специальных психиатрических стационарах; привлекаемые к уголовной ответственности за иные преступления — в общих психоневрологических или психиатрических стационарах, если эти лица не содержатся под стражей, а также если суд или следственные органы сочтут возможным освободить их из-под стражи на время пребывания в больнице.

27. Лица, заболевшие временным психическим расстройством после вынесения обвинительного приговора к лишению свободы и во время

отбывания наказания в местах заключения, содержатся на лечении в психиатрических больницах мест заключения, куда они направляются администрацией мест заключения.

28. Лица, указанные в п. 26, содержавшиеся до заболевания под стражей, после выздоровления подлежат немедленному возвращению в места заключения силами и средствами Министерства внутренних дел.

III. Лечение на общих основаниях, отдача на попечение родных или опекунов и одновременно под врачебное наблюдение

29. Признав ненужным применение принудительного лечения к психически больному, совершившему преступление и признанному невменяемым, суд, прекращая дело, выносит определение о направлении больного в психоневрологическое или психиатрическое учреждение для лечения на общих основаниях или об отдаче больного на попечение родных (или опекунов) и одновременно под врачебное наблюдение.

АЛФАВИТНО-ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел III

СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ПРИЛОЖЕНИЯ

Калашник Яков Михайлович
«СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ»

*

Редактор *Е. Я. Лямина*
Художник *Г. С. Смелова*
Художественный редактор *И. Ф. Федорова*
Технический редактор *А. Н. Макарова*
Корректор *И. Н. Тарасова*

Сдано в набор 13/II 1961 г. Подписано к печати 24/V 1961 г. Формат бумаги $60 \times 90^1/_{16}$. Объем: физ. печ. л. 24,0; условн. печ. л. 24,0; учетно-изд. л. 22,41. Тираж 25 000. А-06503. Цена 77 коп. Заказ № 2216.

Госюриздат — Москва, Б — 64, ул. Чкалова, 38 — 40.

Типография № 2 им. Евг. Соколовой
УПП Ленсовнархоза.
Ленинград, Измайловский пр., 29.


Цена 77 коп.


ПСИХИАТРИЯ

Дополнение.



У абсолютного большинства населения любой страны упрощенное и примитивное мышление.

Вокруг очень много образованных, обладающих большим объемом знаний граждан. Так почему все эти казалось бы умные граждане не миллиардеры?

Да потому что, мышление это создание НОВЫХ синоптических связей В МОЗГУ.

НОВЫХ СВЯЗЕЙ.

Мышление - Это когда от одной связи возникают НОВЫЕ СИНОПТИЧЕСКИЕ СВЯЗИ, образовывая СЕТЬ синоптических связей.

У большинства же граждан новые связи формируются или долго, или очень долго. А значит такие граждане могут ТОЛЬКО ГОВОРИТЬ, озвучивая данные хранящиеся в их ПАМЯТИ, а полноценного мышления эти индивиды лишены.

Большинство ошибочно принимает заученное за умность. Обладатель хорошей памяти может вызубрить тома научных трудов и точно цитировать настоящих ученых. При этом в реальности оставаясь слабоумным.

Только из за того что сейчас в мире абсолютное большинство человечества слабоумно, даже дебилы могут быть очень богатыми гражданами.

Если вы встречаете кого либо кто много и долго болтает и даже цитирует какие либо научные данные, это вовсе не означает что перед вами умный человек. Скорее наоборот.

Вот пример: специалист в определенной отрасли, может сказать вам любую точную техническую или научную информацию по его профилю. Казалось бы, умный человек? Но задаёте специалисту вопрос и часто специалист приходит в состояние ступора, когда вопрос требует не ответа который специалист заучил, а требуется собственное мышление. Ситуация ещё больше усложняется когда вопрос разоблачает знания как не верные, знания которые специалистом воспринимаются как истина в состоянии догмы.

Вывод простой: абсолютное большинство разумных гоминид которых вы называете людьми это гоминиды обладающие достаточно развитым мозгом который позволяет им ЗАПОМИНАТЬ достаточно большой объём знаний. При этом, их мозга НЕ ДОСТАТОЧНО для ПОЛНОЦЕННОГО мышления.

Индивид с нормальным мышлением.



Шерлок Холмс не знал элементарных догм, как то что, Земля вращается вокруг Солнца.

Указывает ли это на то что Шерлок Холмс не умён?

Ум, это способность к правильному и полноценному мышлению.

Абсолютное же большинство считают образованность за наличие развитого интеллекта, что не верно и ошибочно.

Человеческий мозг — это пустой чердак

комментариев 10 Афоризмы и цитаты

Шерлок Холмс: Роман Вы что, читаете романы?

Доктор Ватсон: А вы хотите сказать, что не читаете?

Шерлок Холмс: Не читал, не читаю и не собираюсь читать. Я вообще не читаю беллетристику

Доктор Ватсон: Ну, а история? Философия?

Шерлок Холмс: Историю философию в руки не беру

Доктор Ватсон: А как же Аристотель? Жанна Д'Арк, Коперник?

Шерлок Холмс: Коперник — знакомая фамилия Что он сделал?

Доктор Ватсон: Боже мой так ведь это же он открыл. что Земля вращается вокруг Солнца! Или этот факт вам тоже неизвестен?

Шерлок Холмс: Но мои глаза говорят мне, что скорее Солнце вращается вокруг Земли Впрочем, может быть, он и прав ваш этот . как его — Коперник

Доктор Ватсон: Простите меня, Холмс! Но вы же человек острого ума, это сразу видно! Как же вы не знаете вещей, которые известны каждому школьнику?!**Шерлок Холмс:** Ну когда я был школьником я это знал, а потом основательно забыл

Доктор Ватсон: Вы что, хвастаетесь своим невежеством?! ...Но ведь я говорю об элементарных вещах, которые знает каждый!

Шерлок Холмс: Но я-то не каждый Ватсон, поймите человеческий мозг — это пустой чердак куда можно набить все, что угодно Дурак так и делает тащит туда нужное и ненужное И наконец наступает момент когда самую необходимую вещь туда уже не запихнёшь. Или она запрятана так далеко, что ее не достанешь Я же делаю всё по-другому. В моем чердаке только необходимые мне инструменты Их много, но они в идеальном порядке и всегда под рукой А лишнего хлама мне не нужно

Доктор Ватсон: Учение Коперника по-вашему, хлам?!

Шерлок Холмс: Хорошо Допустим, Земля вращается вокруг Солнца

Доктор Ватсон: То есть... то есть... ка́к — допустим?!

Шерлок Холмс: Земля вращается вокруг Солнца Но мне в моём деле это не пригодится!

Писатель Артур Конан Дойл совершенно правильно и наглядно показывает что наличие даже хорошей памяти и способности к заучиванию большого объема информации вовсе не означает что индивид умён, даже если индивид обладает большим объёмом научных знаний.

Дураки не способные к полноценному и здоровому мышлению маскируют своё слабоумие цитированием из своей памяти информации которая по их мнению может произвести и производит впечатление на других слабоумных.

Обратите внимание, память не безгранична, и забивая свой мозг всем подряд вы создаёте заросли из синоптических связей занятых всяческой лабудой, и вот этот синоптический лес ботвы про Коперника, анекдоты и всевозможная в том числе и научная информация и создаёт в голове индивида непроходимый забор для полноценного мышления,

Полноценного, здорового мышления

для которого НЕОБХОДИМО СВОБОДНОЕ ПРОСТРАНСТВО для создания НОВЫХ синоптических связей.

Тот, кто прочёл тысячи книг почти всегда умственный калека. У него много знаний, но способность к полноценному мышлению кастрирована.


Много читаешь,
умнее не станешь.
Мао Цзе Дун.
Избыток информации
оставшейся в памяти,
даже научной
информации, приводит
к слабоумию.

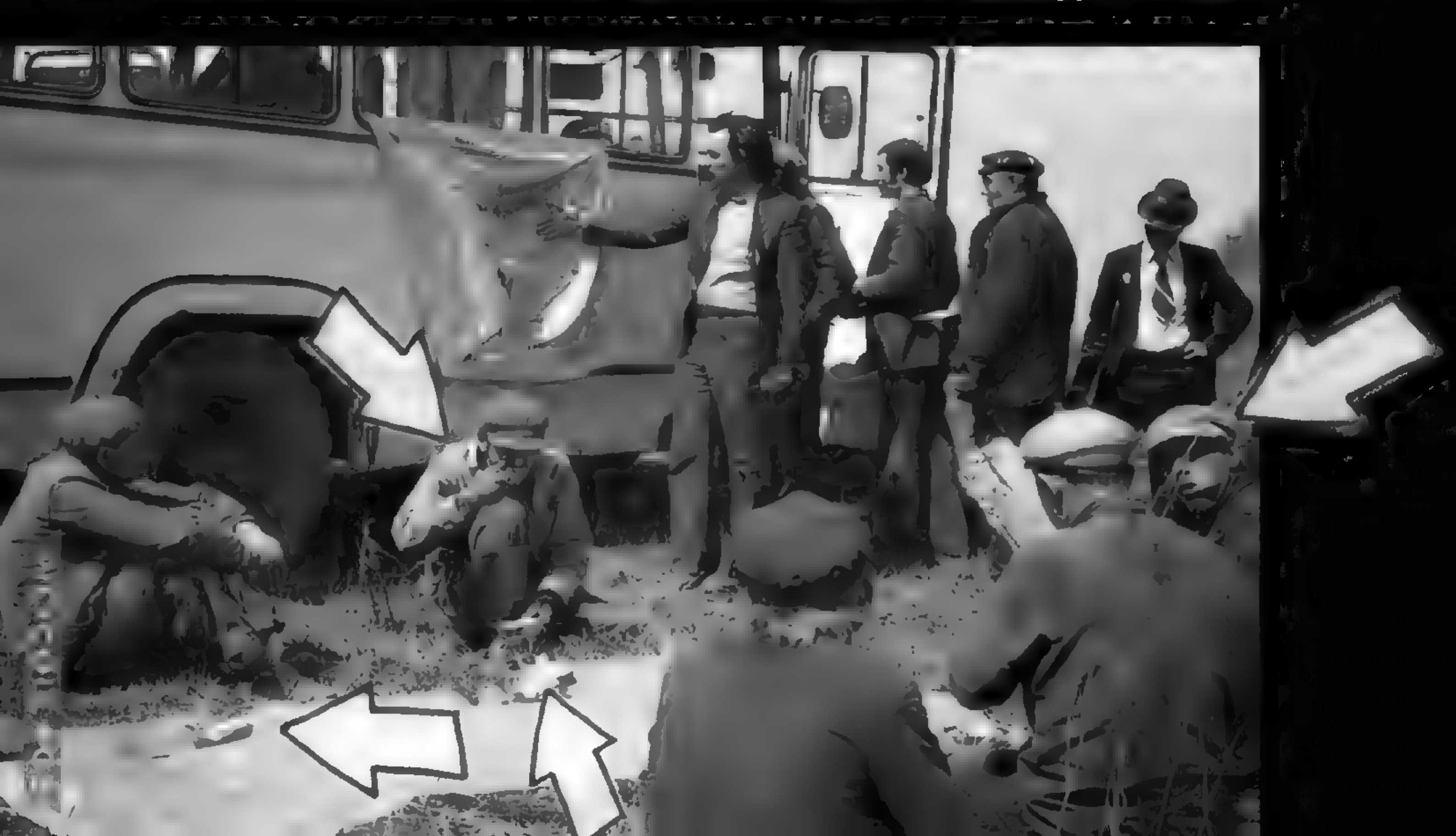
В СССР государственная доктрина состояла в УПРОЩЕНИИ и УДЕШЕВЛЕНИИ - ВСЕГО!

Выдавали премии тем, кто придумывал как упростить и удешевить уже максимально упрощённое и убогое изделие.



Какое должно было быть мышление у тех, кто принимал решение сделать подобные сооружения основой архитектуры на территории всего СССР, Восточной Европы и половины Азии?

Как Вы думаете, о чем думали в момент фотографирования этого момента колхозники? О том, как космические корабли бороздят космос?



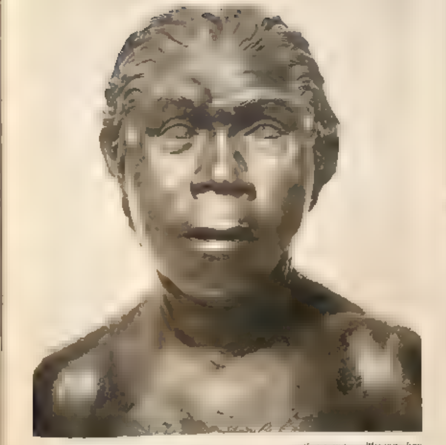


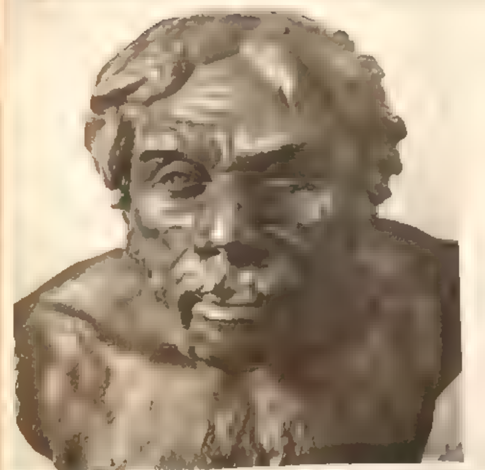


Мышление абсолютного большинства населения любой страны хаотично.

В этом легко убедится в беседе.

Обращайте внимание на речь собеседника, практически всегда индивид воспроизводит в своей речи информацию которая содержится в его памяти. Это происходит после первых нескольких минут общения когда сказаны приветствия и собеседник начинает искать у себя в памяти что либо для продолжения беседы.





У большинства населения мышление не связано с речью и действиями.

Мышление отдельно. Речь (слова) отдельно. Поступки отдельно.

Думаю одно, говорю другое, действую часто не так как думаю и почти всегда не так как говорю.



Вот пример примитивного мышления абсолютного большинства современного человечества, когда мышление отдельно, слова отдельно, действия отдельно-

Евангелие от Иоанна, 6: 53-56

«Иисус же сказал им: истинно, истинно говорю вам: если не будете есть Плоти Сына Человеческого и пить Крови Его, то не будете иметь в себе жизни;

Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь имеет жизнь вечную, и Я воскрешу его в последний день;

Ибо Плоть Моя истинно есть пища, и Кровь Моя истинно есть питие;

Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь пребывает во Мне и Я в нём»

Евангелие от Иоанна, 6: 53-56

«Иисус же сказал им: истинно, истинно говорю вам: если не будете есть Плоти Сына Человеческого и пить Крови Его, то не будете иметь в себе жизни;

Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь имеет жизнь вечную, и Я воскрешу его в последний день;

Ибо Плоть Моя истинно есть пища, и Кровь Моя истинно есть питие;

Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь пребывает во Мне и Я в нём»

Вы понимаете что здесь написано?

Вот пример примитивного, первобытного мышления неандертальца - когда слова это просто звуки, которые можно ПОНИМАТЬ КАК ХОЧЕТСЯ.

Евангелие от Иоанна, 6: 53-56

«Иисус же сказал им: истинно, истинно говорю вам: если не будете есть Плоти Сына Человеческого и пить Крови Его, то не будете иметь в себе жизни.

Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь имеет жизнь вечную, и Я воскрешу его в последний день,

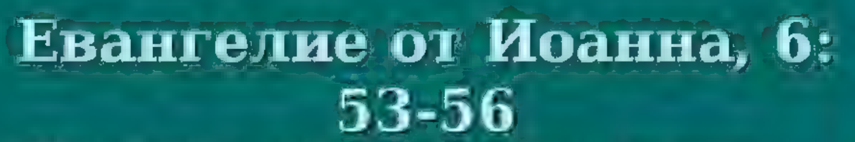
Ибо Плоть Моя истинно есть пища, и Кровь Моя истинно есть питие.

Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь пребывает во Мне и Я в нём»

Написано ПЛОТЬ - понимаем как ТЕЛО Христа - КУШАЕМ хлеб.

Написано КРОВЬ - понимаем как КРОВЬ Иисуса Христа - ПЬЁМ вино.

Написано одно - понимаем как другое - делаем третье.



«Иисус же сказал им: истинно, истинно говорю вам: если не будете есть Плоти Сына Человеческого и пить Крови Его, то не будете иметь в себе жизни;

Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь имеет жизнь вечную, и Я воскрешу его в последний день;

Ибо Плоть Моя истинно есть пища, и Кровь Моя истинно есть питие;

Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь пребывает во Мне и Я в нём»



Плоть - это мясо.
Хлеб это не плоть.
Слова существуют
что бы не путать
говно с пирожными.

Любому нормальному человеку понятно что эти «священные книги» писались во времена позднего палеолита когда повсеместно был распространён каннибализм. И писалось и понималось буквально как написано - кушайте плоть человека, пейте кровь человека.

Сейчас же, вместо того что бы исправить эти первобытные тексты, всем предлагают просто не обращать внимание на то что написано и понимать не то что написано, а то что хочется служителям религиозных культов.

«Иисус же сказал им: истинно, истинно говорю вам: если не будете есть Плоти Сына Человеческого и пить Крови Его, то не будете иметь в себе жизни;

Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь имеет жизнь вечную, и Я воскрешу его в последний день;

Ибо Плоть Моя истинно есть пища, и Кровь Моя истинно есть питие;

Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь пребывает во Мне и Я в нём»


Ядущий Мою Плоть и пиющий Мою Кровь имеет жизнь вечную, и Я воскрешу его в последний день!
Ешьте плоть Человека, пейте кровь Человека и будете спасены.

В животном мире обман и ложь НЕ СЧИТАЮТСЯ чем то плохим.

У животных обман это хорошо. Имейте это ввиду когда сталкиваетесь с лжецами. У обезьян нет чувства угрызения совести или сочувствия, обезьяны могут знать что у людей имеются эти качества личности, но у самих обезьян нет этих качеств людей.

Обезьяна испытывает ТОЛЬКО радость от того что удалось обмануть и печаль если обман не удался. Это научно доказанный факт.



Для большинства ложь не только не является чем то плохим, наоборот, для большинства ложь считается правильным и хорошим.

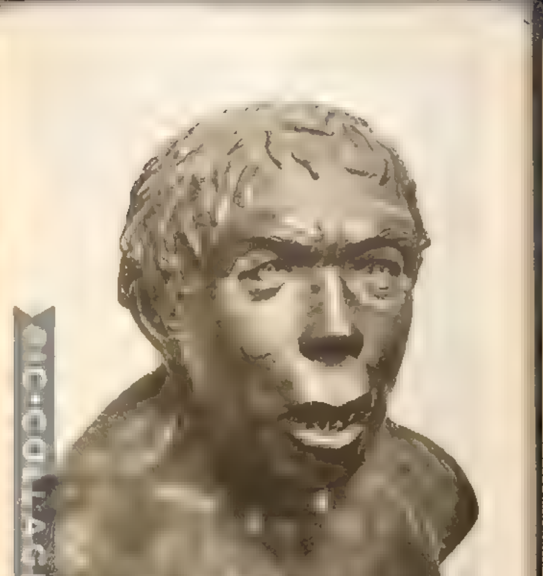
Для большинства ложь которая приукрашивает и выставляет нужное в хорошем свете лучше чем нелицеприятная правда.

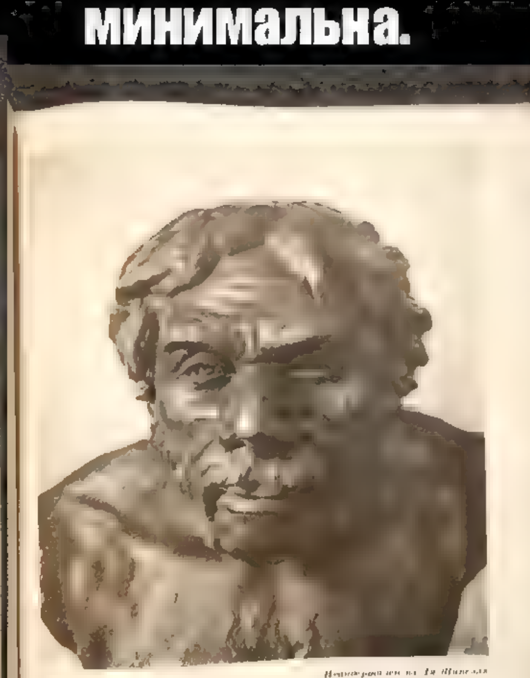
Абсолютное большинство лжёт постоянно, не стыдясь и не испытывая угрызений совести.

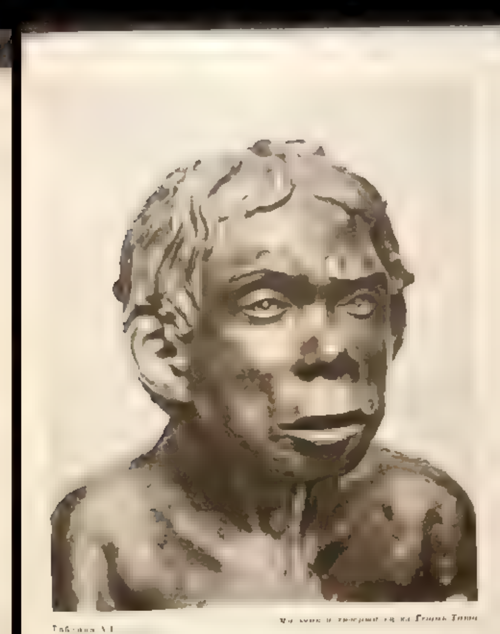
Для большинства неприятная правда не нужна и искренне рассматривается как зло.


Научное обоснование
Доказательства
Догмы вбитые в мозг как «правильные»
Факты
Логика
Здравый смысл
Большинство граждан УПРЯМЫ, КАПРИЗНЫ и ТУПОУМНЫ.

Всегда скептически относитесь к любым словам. Имейте ввиду что абсолютное большинство используют слова как звуки которым верят дураки, это означает что если вам говорят что либо, то вероятность того что слова соответствуют настоящим намерениям говорящего минимальна.





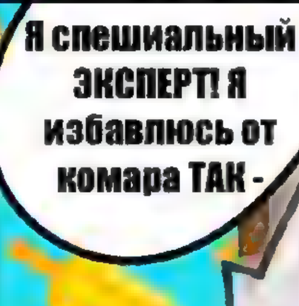




Для абсолютного большинства населения ПРОЦЕСС ВСЕГДА ВАЖНЕЕ результата.

Когда что либо делают, не важно что, то почти всегда процесс интересен больше чем результат. Почти всегда процесс увлекает полностью, отодвигая результат деятельности в степень даже не второстепенную, а вообще практически не имеющую никакого значения.

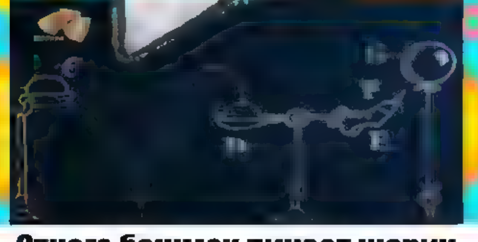
Выстраивая бессмысленные схемы в своём мышлении индивид сам находится в полной уверенности в правильности и логичности его мышления.



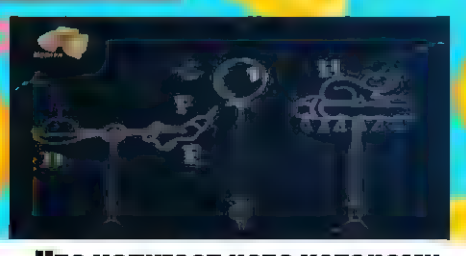




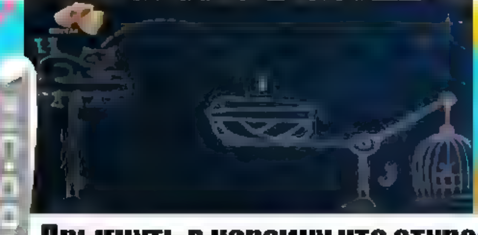
Ножницы А перерезают веревку Б заставляя мяч Ц упасть на чашку



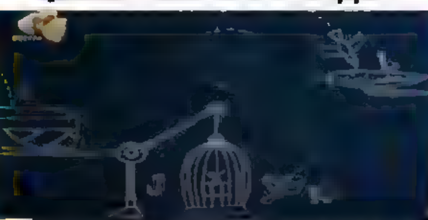
Отчего башмак пинает шарик прокалывая его гвоздем



Что напугает кота которому придётся прыгнуть



Прыгнуть в корзину что откроет клетку и выпустит птицу

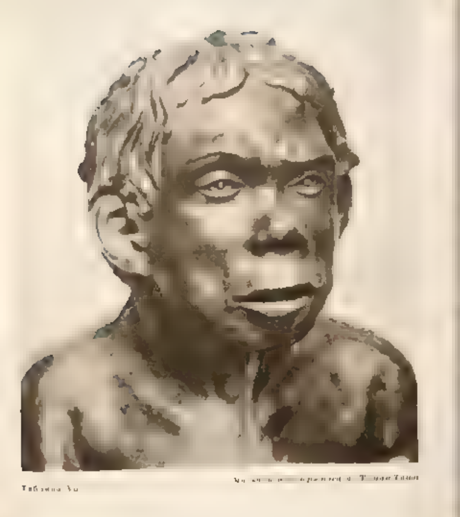


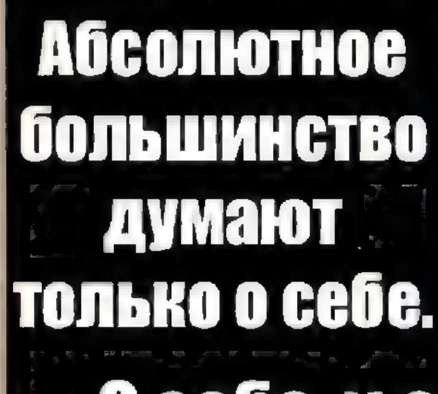
Которая полетит к кормушке на платформе



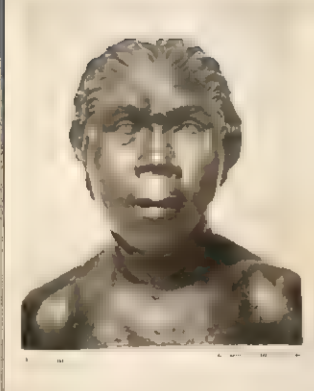
Это заставит выстрелить пистолет, пуля перебьет веревку и освободит наковальню которая прихлопнет комара!!!

Типичное мышление Большинства граждан мира.

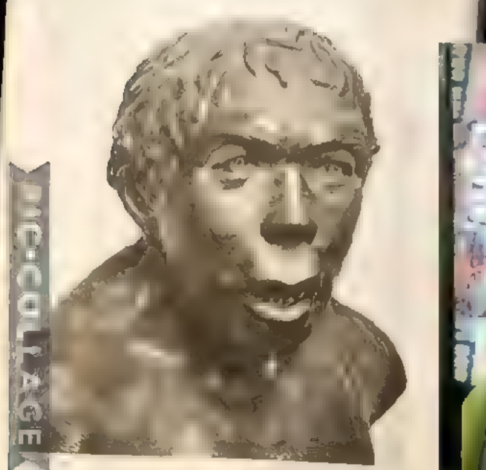


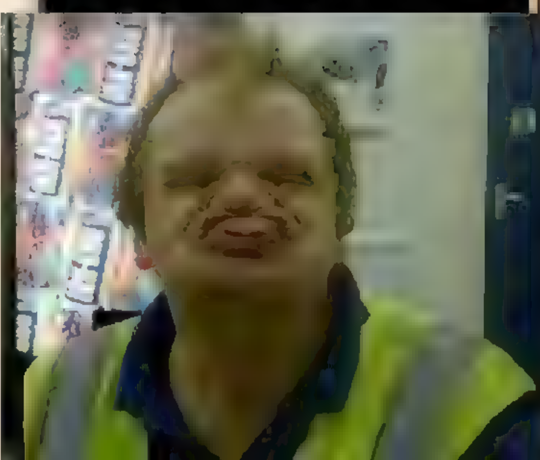

Абсолютное
большинство
думают
только о себе.

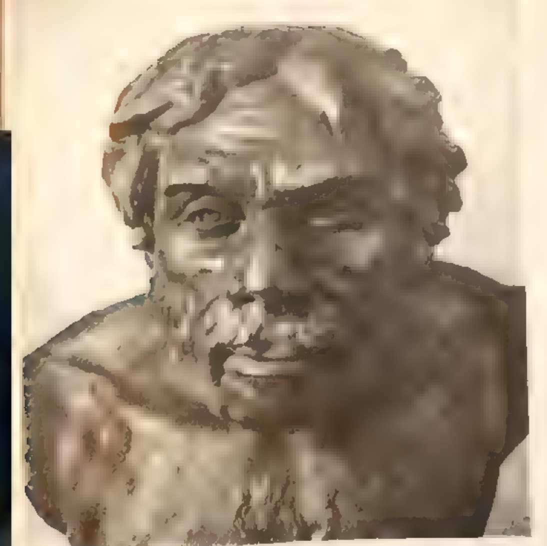





О себе, и о
своих детях.


DE-COLLAGE





У окружающих вас граждан разное мышление. Каждый думает о своём.

Что бы узнать КАК мыслит тот или иной индивид необходимо узнать КАК индивид выстраивает логические цепочки, как и почему принимает решения, на что опирается при принятии решений.

Это легко выяснить при беседе с обсуждением какого либо вопроса. Сначала задайте вопрос. Получив ответ поинтересуйтесь почему такой ответ? После чего осторожно спросите как собеседник пришёл к его ответу. Особенно интересно узнать как собеседник видит решение какой либо бытовой проблемы и ситуации в меж личностных отношениях.

Уверяю Вас, Вы можете неожиданно сделать открытие которого возможно и не ожидали от собеседника.

У абсолютного большинства граждан всех государств мира очень плохое мышление.

Вот наглядный пример:

В СССР ВСЕГДА существовали подпольные и легальные миллионеры. Да,да. В СССР существовали легальные миллионеры. Некоторые категории граждан в СССР совершенно законно получали миллионы рублей. НО! Ещё больше миллионеров в СССР были подпольными, теневыми.

Жулики получали много денег, но не имели никакой возможности ТРАТИТЬ свои миллионы. Для того что бы иметь возможность ПОЛЬЗОВАТЬСЯ предметами роскоши открыто требовалось изменить политический строй и экономическую систему.



И вот эти граждане, на протяжении ДЕСЯТИЛЕТИЙ пробирались во власть, сговаривались, тайно объединялись, и подготавливали почву для народных волнений.

МАРТ
17
ВОСКРЕСЕНЬЕ
1991 г.

ДЕНЬ
ВСЕНАРОДНОГО
ГОЛОСОВАНИЯ
(референдума СССР)
по вопросу „О сохранении Союза Советских Социалистических Республик"

31/31

Уважаемый Христенко Дарья Ал-вна

Участковая комиссия по проведению референдума приглашает Вас принять участие во всенародном голосовании по вопросу «О сохранении Союза Советских Социалистических Республик».

Голосование будет проходить с 7 часов до 20 часов на участке № 2 в помещении ДК к-за „Коммунизм"

В списке участников голосования Ваш номер 1897.

Просим при себе иметь паспорт или иное удостоверение личности.

Участковая комиссия по проведению референдума

Затем, после череды событий гражданам де-юре ЕДИНОГО союзного государства СССР предложили референдум, на котором был выставлен вопрос.

БЮЛЛЕТЕНЬ

для голосования на референдуме СССР

17 марта 1991 года

Считаете ли Вы необходимым сохранение Союза Советских Социалистических Республик как обновленной федерации равноправных суверенных республик, в которой будут в полной мере гарантироваться права и свободы человека любой национальности.

Оставьте один из указанных ответов, другой вычеркните

ДА НЕТ

Бюллетень, в котором при голосовании вычеркнуты слова ДА и НЕТ или не вычеркнуты оба слова, признается недействительным

Вот этот вопрос.

Читайте внимательно.

БЮЛЛЕТЕНЬ

для голосования на референдуме СССР

17 марта 1991 года

Считаете ли Вы необходимым сохранение Союза Советских Социалистических Республик как обновленной федерации равноправных суверенных республик, в которой будут в полной мере гарантироваться права и свободы человека любой национальности.

Оставьте один из указанных ответов, другой вычеркните

ДА НЕТ

Демократия "святых 90х"))
- Вы НЕ хотите СССР
или хотите - НЕ СССР ??

У абсолютного большинства граждан любой страны мира мозг не в состоянии работать сколько нибудь продолжительное время и очень быстро снижает свою мыслительную деятельность до самого минимума.

Граждане поняли ТОЛЬКО что референдум О СОХРАНЕНИИ СССР, и отвечали - ДА.

БЮЛЛЕТЕНЬ

для голосования на референдуме СССР

17 марта 1991 года

Считаете ли Вы необходимым сохранение Союза Советских Социалистических Республик как обновленной федерации равноправных суверенных республик, в которой будут в полной мере гарантироваться права и свободы человека любой национальности.

Оставьте один из указанных ответов, другой вычеркните

ДА **НЕТ**



В вопросе же ясно написано, хотите ли вы сохранить СССР как некий союз НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ? Республика это государство.

МАРТ 17 ВОСКРЕСЕНЬЕ 1991

ДЕНЬ ВСЕНАРОДНОГО ГОЛОСОВАНИЯ (референдума СССР)

по вопросу „О сохранении Союза Советских Социалистических Республик"

31/31

Уважаемый *Христенко Дарья М-вна*

Участковая комиссия по проведению референдума приглашает Вас принять участие во всенародном голосовании по вопросу «О сохранении Союза Советских Социалистических Республик».

Голосование будет проходить с 7 часов до 20 часов на участке № *2* в помещении *ДК к-за „Коммунизм"*

В списке участников голосования Ваш номер *1897*.

Просим при себе иметь паспорт или иное удостоверение личности.

Участковая комиссия по проведению референдума

Это то же самое, если спросить - Вы хотите сохранить Россию как союз суверенных независимых республик?

Да или нет?

Хотите сохранить или не хотите?


Ясно? Абсолютное большинство граждан вообще крайне плохо соображает.
Мышление большинства статично, убого, примитивно, автоматизированно.

БЮЛЛЕТЕНЬ
для голосования на референдуме СССР
17 марта 1991 года
Считаете ли Вы необходимым сохранение Союза Советских Социалистических Республик как обновленной федерации равноправных суверенных республик, в которой будут в полной мере гарантироваться права и свободы человека любой национальности.
Оставьте один из указанных ответов, другой вычеркните
ДА
НЕТ

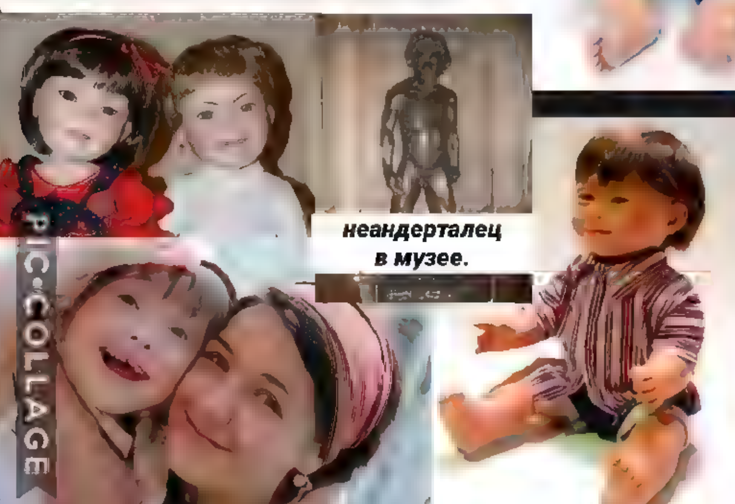
Куклы с синдромом Дауна стали лучшими игрушками 2020 года

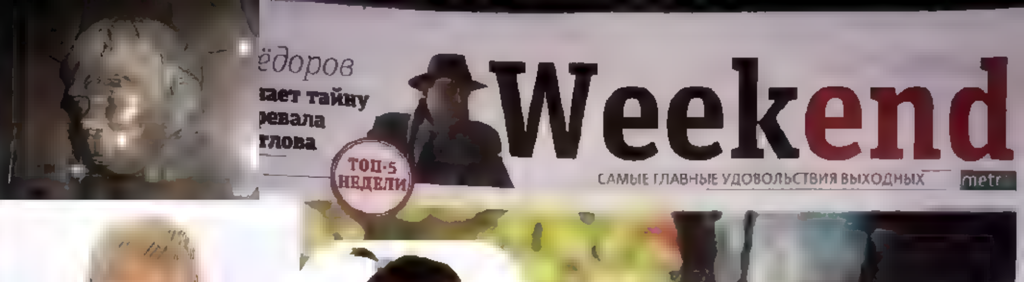
В этом году 24 бренда презентовали 81 игрушку для участия в конкурсе



Продвижение разнообразия

Куклы – представители разных рас с синдромом Дауна испанского бренда



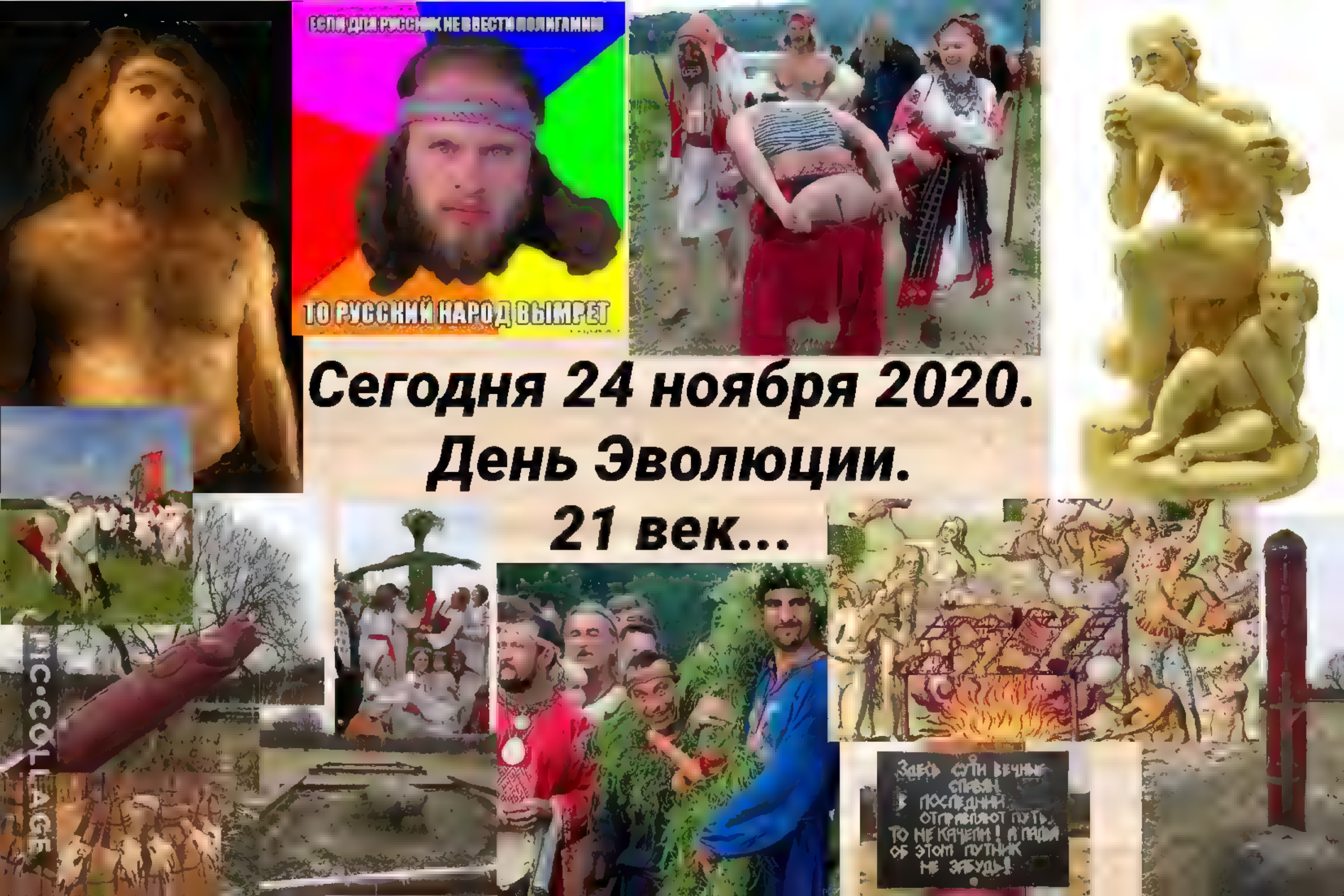


Первая роль

Дочка Учителя сыграла сына Цоя

В прокат вышла картина «Цой». Режиссёр Алексей Учитель рассказал Metro, как [illegible] запомнил Виктора Цоя и что думает про желание родственников музыканта запретить фильм

tro Weekend Читай и обсуждай на сайте metronews.ru


ЕСЛИ ДЛЯ РУССКИХ НЕ ВВЕСТИ ПОЛИГАМИИ
ТО РУССКИЙ НАРОД ВЫМРЕТ
Сегодня 24 ноября 2020.
День Эволюции.
21 век...
ЗДЕСЬ СУТИ ВЕЧНЫЕ
СЛАВЯН
В ПОСЛЕДНИЙ
ОТПРАВЛЯЮТ ПУТЬ.
ТО НЕ КАЧЕЛИ! А ПАДИ
ОБ ЭТОМ ПУТНИК
НЕ ЗАБУДЬ!

Вот три представителя трёх видов.
Вопрос - почему они все не один вид?

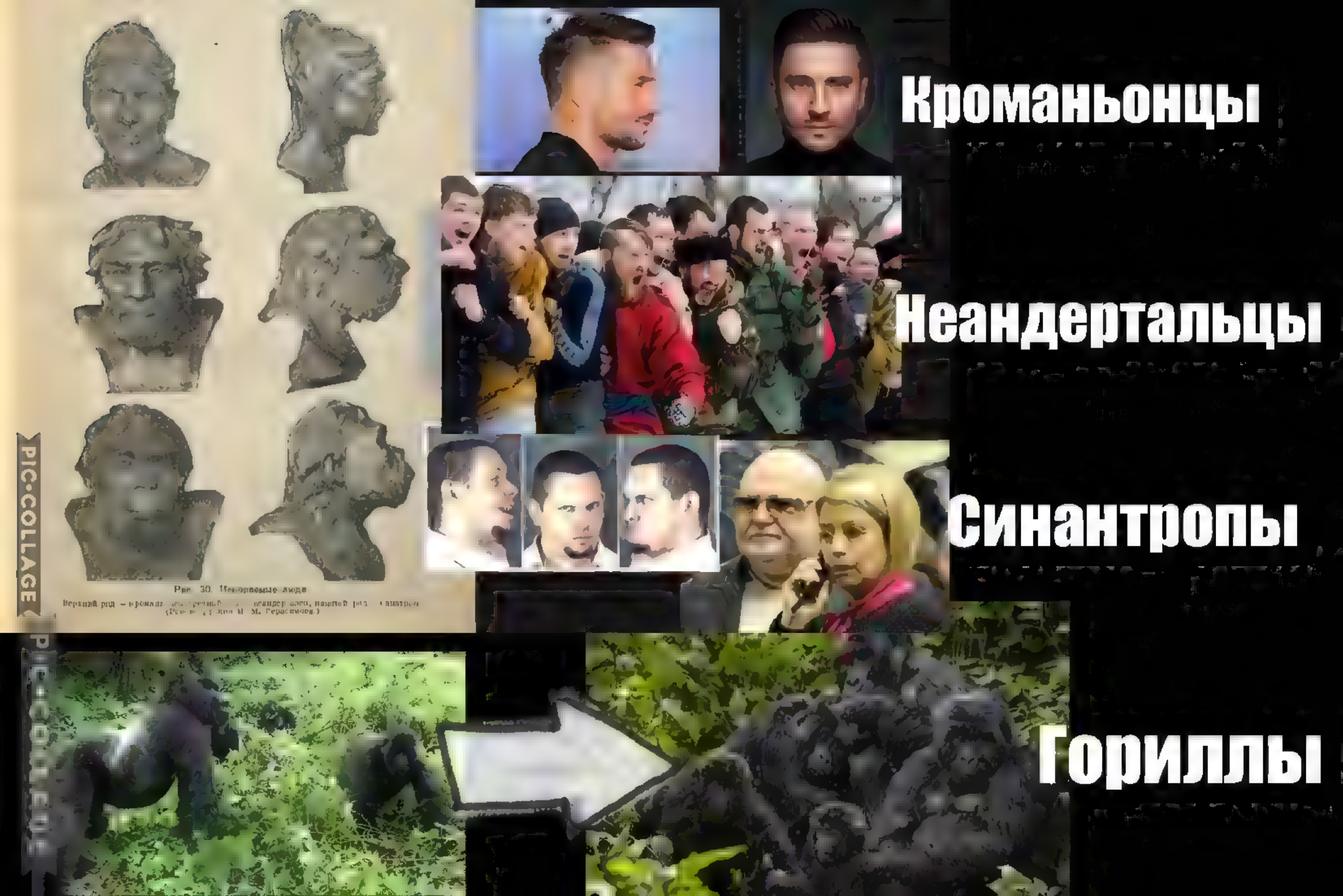


Потому что, они НЕ ОДИНАКОВЫЕ.

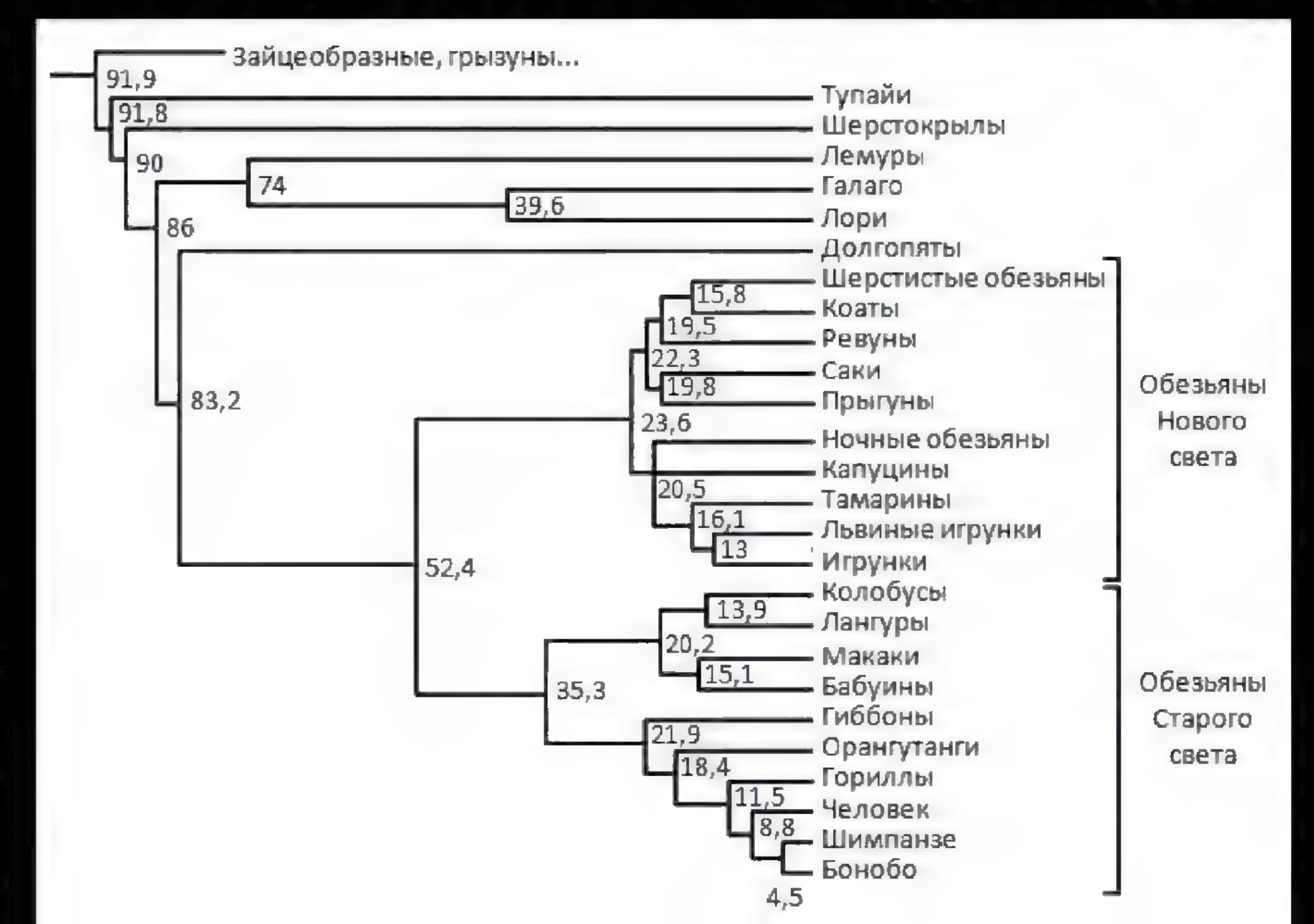


Pongo pygmaeus | Pongo abelii | Pongo tapanuliensis

Даже небольшое различие в морфологии = уже ДРУГОЙ ВИД.


Кроманьонцы
Неандертальцы
Синантропы
Гориллы
PIC•COLLAGE

Почему все обезьяны не один вид?



Потому что, ВСЕ представители одного вида (подвида) каждого пола и возраста - ОДИНАКОВЫЕ.

Биологический вид это - популяция ОДИНАКОВЫХ особей каждого пола и возраста.

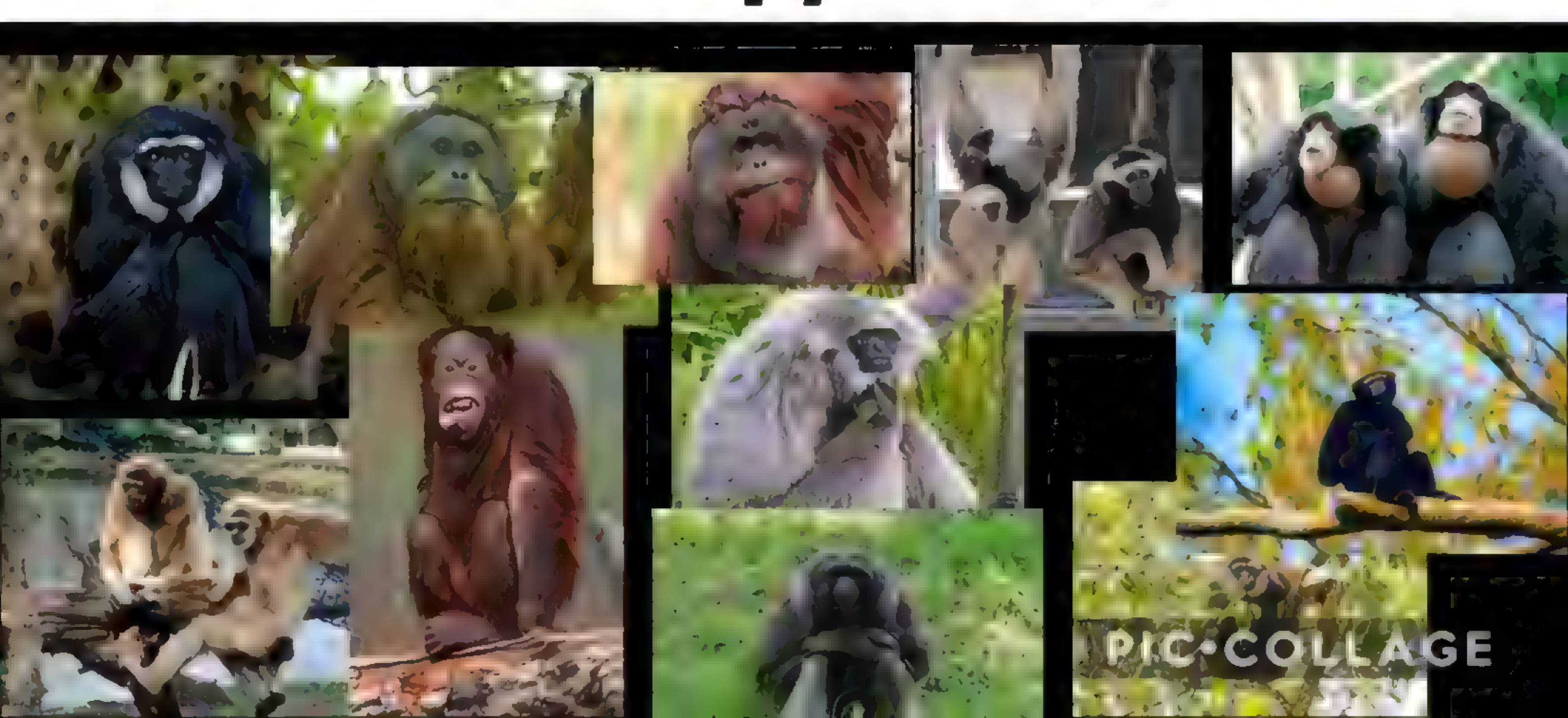
Как определить вид животного, птицы, насекомого, рыбы? Достаточно просто посмотреть - ВСЕ представители одного вида (подвида) каждого пола и возраста - ОДИНАКОВЫЕ.

В С Е представители ОДНОГО вида (подвида) каждого пола - ОДИНАКОВЫЕ.



Один вид «homo sapiens»?

РАЗНЫЕ - ВИДЫ - ОБЕЗЬЯН.



Человек

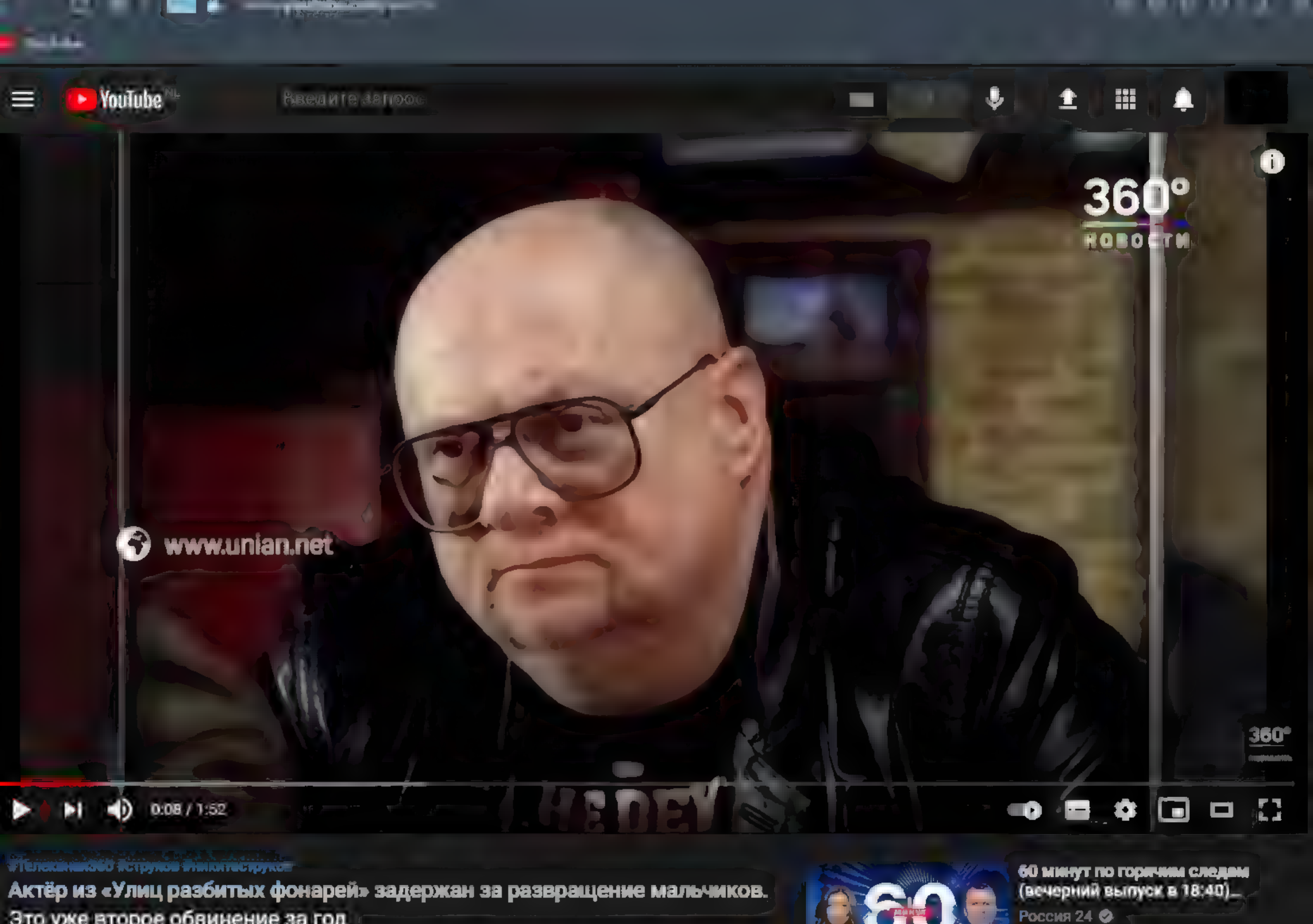



PIC•COLLAGE



Рис. 103. Группа детей-наркоманов в учреждении для беспризорных.

нередкого злоупотребления ими, а быстро развивающееся привыкание ведет к тяжелой картине наркомании, более или менее одинаковой


YouTube
360°
НОВОСТИ
www.unian.net
0:08 / 1:52
Актёр из «Улиц разбитых фонарей» задержан за развращение мальчиков.
Это уже второе обвинение за год
60 минут по горячим следам (вечерний выпуск в 18:40)...
Россия 24

В Питере задержан тип пристававший к 13-летней девочке в метро, с кол...

★ 67K отзывов

YouTube

Введите запрос

ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

1:17 / 2:12

#новости #горячиеновости #новостисегодня

В Питере задержан тип пристававший к 13-летней девочке в метро, с коллекцией детского видео

196 просмотров

 5

НЕ НРАВИТСЯ

 ПОДЕЛИТЬСЯ

 СОХРАНИТЬ

RU 13:43 08.01.2022

В Петербурге задержали мужчину, зарезавшего продавца - YouT...



★ 68К отзывов

Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете

YouTube

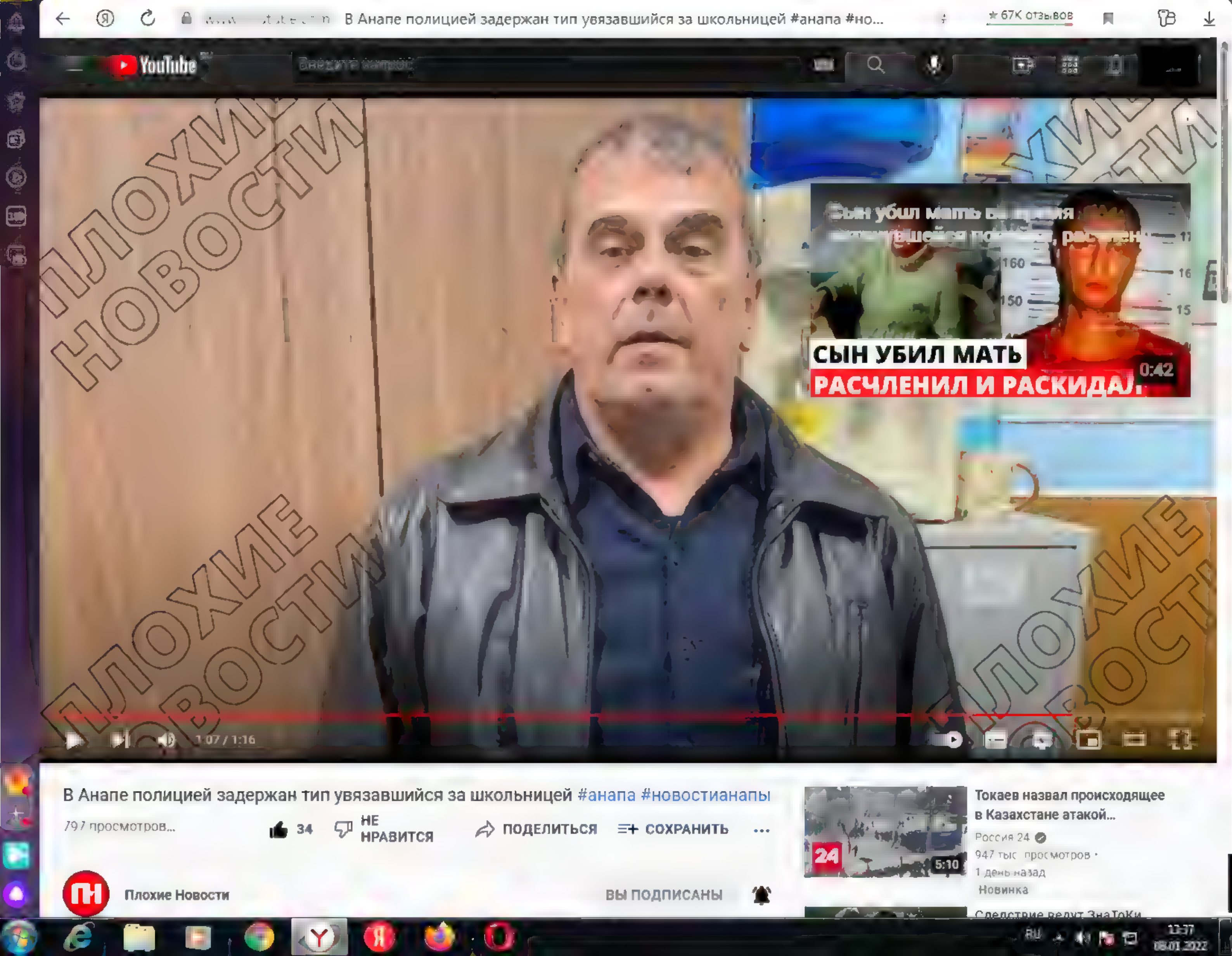
#чп #последниеновости #мировьиеновости

В Петербурге задержали мужчину, зарезавшего продавца

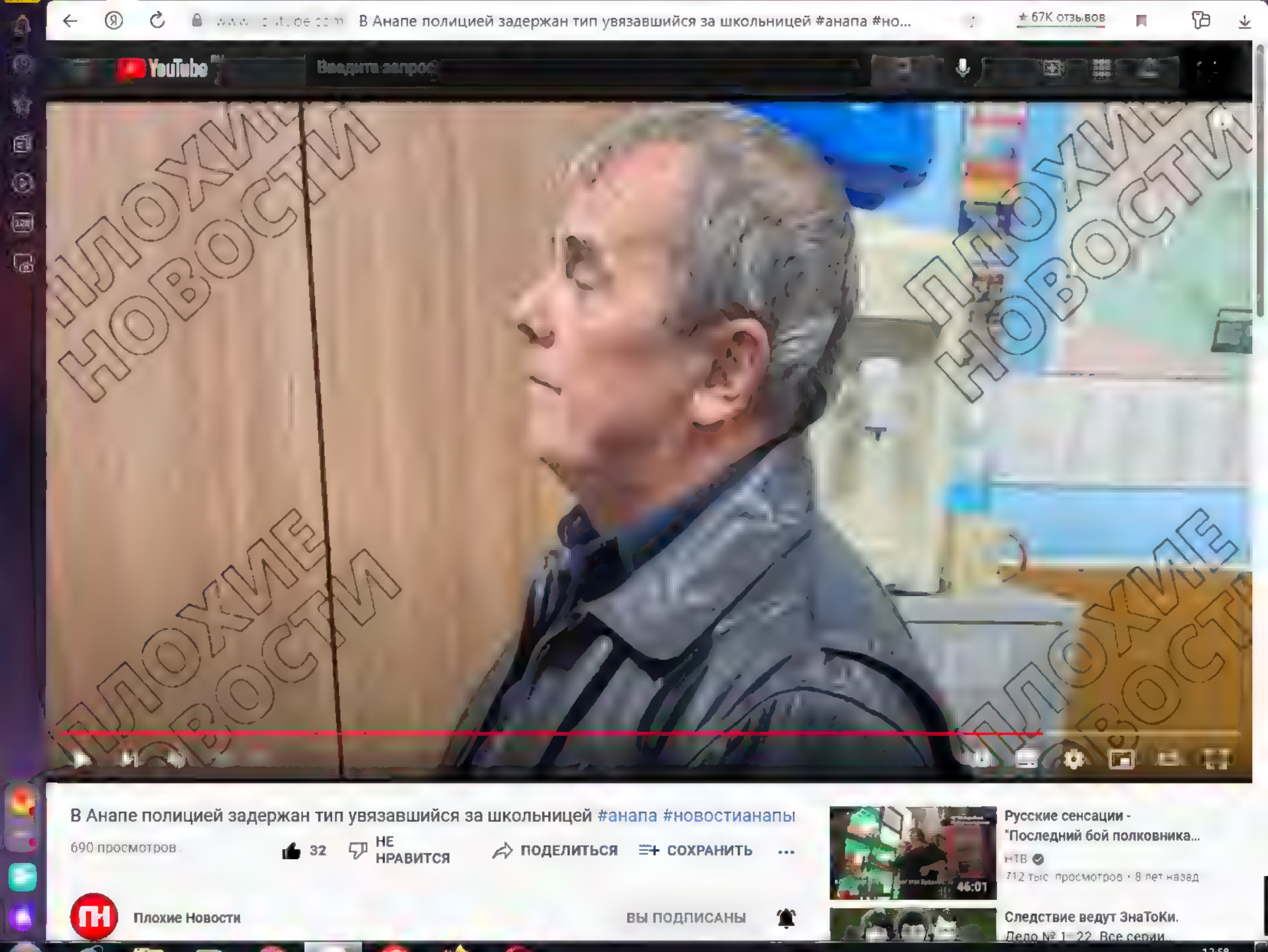
Все видео

Похожий контент

Последни-



В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #но...
★ 67K отзывов
YouTube
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
СЫН УБИЛ МАТЬ
РАСЧЛЕНИЛ И РАСКИДАЛ
0:42
1:07 / 1:16
В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #новостианапы
797 просмотров...
34
НЕ НРАВИТСЯ
ПОДЕЛИТЬСЯ
СОХРАНИТЬ
Плохие Новости
ВЫ ПОДПИСАНЫ
Токаев назвал происходящее в Казахстане атакой...
Россия 24
947 тыс. просмотров •
1 день назад
Новинка
5:10
24
RU


В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #но...
★ 67К отзывов
YouTube
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #новостианапы
690 просмотров
32
НЕ НРАВИТСЯ
ПОДЕЛИТЬСЯ
СОХРАНИТЬ
Русские сенсации - "Последний бой полковника...
НТВ
712 тыс. просмотров • 8 лет назад
46:01
Плохие Новости
ВЫ ПОДПИСАНЫ
Следствие ведут ЗнаТоКи. Дело № 1-22. Все серии.
12:58


Ясно, что это?
неандерталец, разумный и много болтающий подлый гоминид.

Вынес в пакетах из-под мусора: чиновник расчленил «мисс Кузбасс» и вы...

★ 68К отзывов

YouTube

ПОДРОБНОСТИ.

#телеканал360 #мисскузбасс #преступление

Вынес в пакетах из-под мусора: чиновник расчленил «мисс Кузбасс» и выкинул в реку

15 604 просмотра

496 НЕ НРАВИТСЯ ПОДЕЛИТЬСЯ СОХРАНИТЬ ...

Телеканал 360

ВЫ ПОДПИСАНЫ



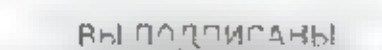
Итоги встречи Зеленского с Джонсоном. Прямая...

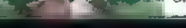
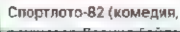
Телеканал 360

Зрителей: 399

СЕЙЧАС В ПРЯМОМ ЭФИРЕ

Спортлото-82 (комедия,

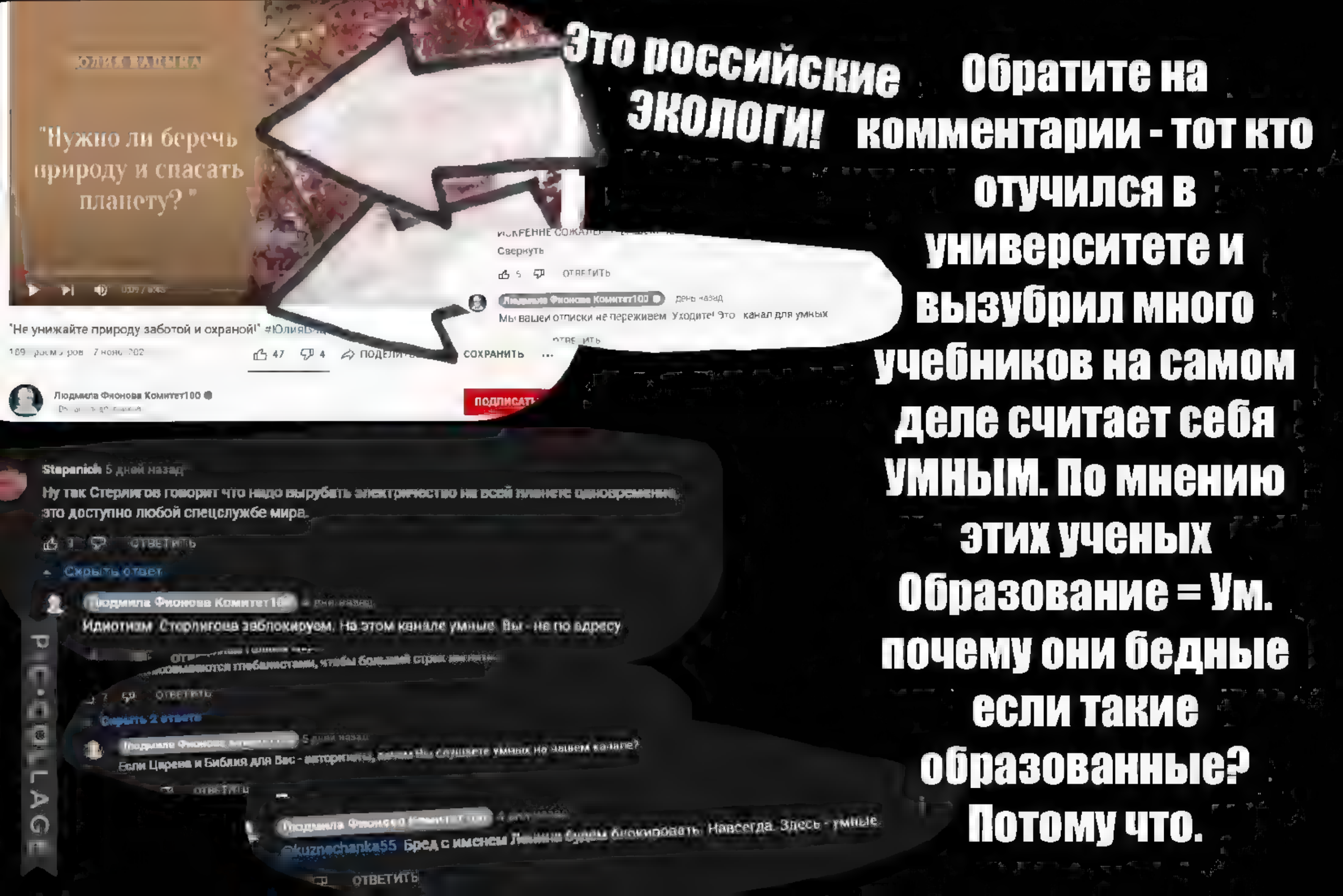




RU 21:04

До сих пор у абсолютного большинства населения любой страны мира ум индивида определяется образованием. Абсолютное большинство убежденно что большой объем запомненной информации это показатель большого ума индивида. Это ошибка. Хорошая память вовсе не означает способность к полноценному и здоровому мышлению. Очень часто, да почти всегда граждане посвятившие свою жизнь заучиванию и повторению научных учебников и энциклопедий живут в плохоньких квартирках, имеют неряшливый внешний вид и не способны заработать хоть сколько нибудь денег для без бедной жизни. На фото типичный представитель научного сословия. ВСЕ представители научного сословия находятся в полной уверенности что они умнее окружающих. На каком основании? На основании того, что их мозг как подобен их пыльной квартире - захламлён всевозможной научной и не научной информацией. А по факту такие деятели подобны пыльной Большой Советской Энциклопедии - информации тонна, но на то, чтобы привести в порядок даже свою маленькую квартирку умственных сил уже нет.

Вот типичный представитель научного сословия. Обратите внимание на количество всевозможных энциклопедий и всяких книг. Будте уверены, все эти книги прочитаны и по возможности не один раз и сохранено в долгосрочной памяти. Много всякой информации это признак большого ума - по мнению этих граждан.


Homo Neanderthal
Одинаково Неандертальцы
Неандертальцы
ьцы, ископаемые древние люди создавшие
еские культуры раннего палеолита Скелетные
еандертальцев открыты в Европе, Азии и Африке.
ществования 200 — 35 тыс. лет назад Как установили
ания генетического материала неандертальцев они
не являются прямыми предками современного
ка
Shared
Нет нет
неандертальцы
давно вымерли.
Я человек.
Совпадения
случайны.
Homo одинаково



"Нужно ли беречь природу и спасать планету?"
"Не унижайте природу заботой и охраной!"
Свернуть
ОТВЕТИТЬ
Людмила Фионова Комитет100
Мы вашей отписки не переживем. Уходите! Это канал для умных
СОХРАНИТЬ
Людмила Фионова Комитет100
ПОДПИСАТЬ
Это российские экологи!
Обратите на комментарии - тот кто отучился в университете и вызубрил много учебников на самом деле считает себя УМНЫМ. По мнению этих ученых Образование = Ум. почему они бедные если такие образованные? Потому что.
Stepanich 5 дней назад
это доступно любой спецслужбе мира.
ОТВЕТИТЬ
Скрыть ответ
Идиотизм Сторлигова заблокируем. На этом канале умные. Вы - не по адресу
ОТВЕТИТЬ
Скрыть 2 ответа
Навсегда. Здесь - умные
@kuznechanka55
ОТВЕТИТЬ
PIC•COLLAGE

1. Схема должна быть простой и доступной в практической работе и поэтому общее число основных и промежуточных типов (без учета микро- и макровариантов) не должно превышать 15–20.

2. Набор признаков, используемых для выделения соматотипов, также необходимо ограничить, чтобы он не превышал 20–25 измерительных признаков. Описательные (балловые) признаки в схему не включаются. Набор признаков характеризует развитие жировых, мышечных и костных компонентов веса тела у мужчин, костных и жировых у женщин.

3. Индексы при анализе соматотипов не применяются.

4. Признаки развития головы и лица не учитываются.

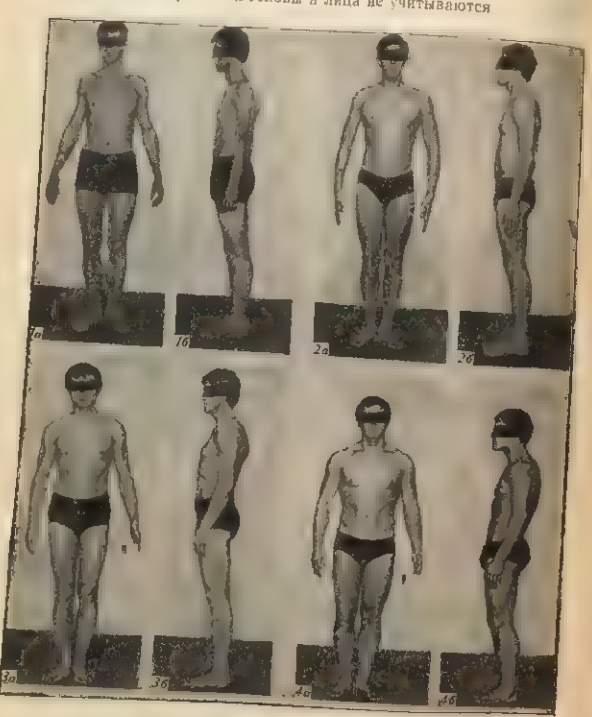


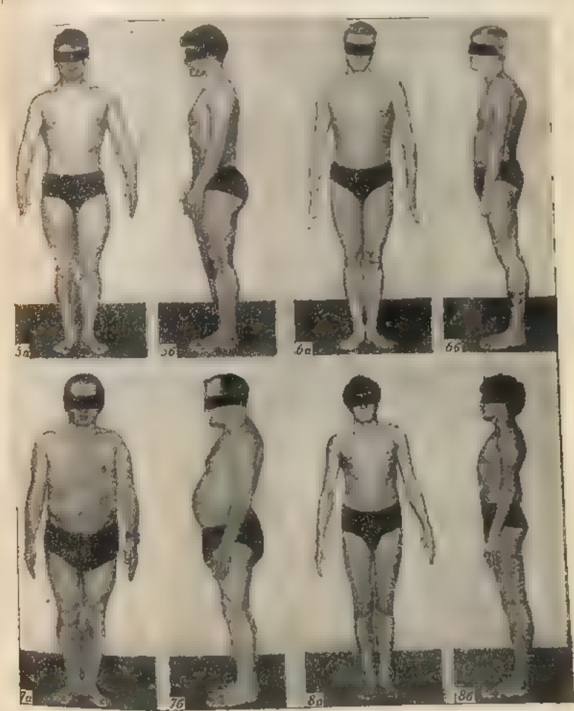
Рис. V.2. Соматотипы мужчин (по Чтецову, 1978).
1 — грудной, 2 — грудно-мускульный, 3 — мускульно-грудной, 4 — мускульный,

5. Речь идет только о нормальных соматотипологических (конституциональных) вариантах, патологические типы должны учитываться отдельно. Выделяется также неопределенный тип.

6. Фотографии при оценке соматического типа не обязательны.

7. Комплексы признаков, характеризующие степень развития жировой, мышечной и костной тканей, имеют более или менее равную значимость в конституциональной диагностике.

При отборе признаков соматотипологической диагностики прежде всего учитывали реальность различий соответствующих признаков у чистых конституциональных типов, коэффициенты корреляции между признаками, а также результаты многократного перебора различных

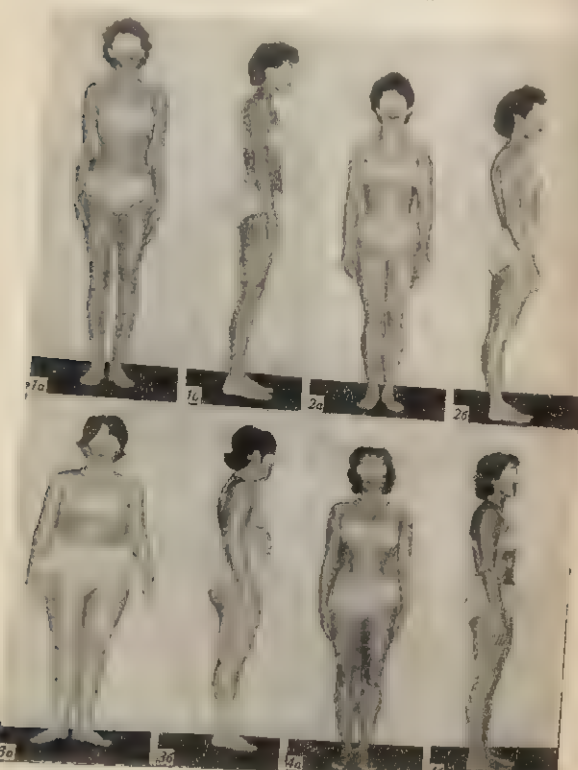


5 — мускульно-брюшной; 6 — брюшно-мускульный, 7 — брюшной, 8 — неопределенный

4 Зак. № 456

В основу индивидуальной типологии женщин была положена упомянутая выше терминология И. Б. Галанта.

При построении нормативной таблицы для соматотипологической диагностики у женщин (табл. V.8) было использовано 10 измерительных признаков в отличие от 16 основных признаков у мужчин. Как и для мужской группы, был применен принцип разбиения распределения каждого отдельного признака на части по среднему квадратическому отклонению. Учтены отклоняющиеся от нормального распределения признаки, характеризующие жировой компонент.



В женской схеме, в отличие от мужской, учтена длина тела и исключены оценки развития мышечной массы как недостаточно дискриминативные.

Как и в мужской выборке, признаки сгруппированы по категориям, характеризующим в основном развитие костной и жировой тканей.

Баллы, соответствующие степени развития отдельных признаков, суммируются по указанным выше категориям, характеризующим развитие костной и жировой массы, вычисляются средние баллы для каждой категории. Эти последние являются основой для диагностики со-



Рис. V.3. Соматотипы женщин (по Чтецову, 1979)
1 — астенический, 2 — стенопластический, 3 — пикнический, 4 — мезопластический, 5 — субатлетический; 6 — атлетический; 7 — эурипластический; 8 — эурипластический низкорослый

КАЖДЫЙ (!) ВИД обезьян ОТЛИЧАЮЩИЙИЙСЯ от других обезьян это - ДРУГОЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД!

ВСЕ «челавеки» с РАЗНЫМИ ЛИЦАМИ это РАЗНЫЕ ВИДЫ «челавека».

У 9 из 10 «челавеков» с ОДИНАКОВЫМИ и ОЧЕНЬ ПОХОЖИМИ лицами будут ОДИНАКОВЫЕ мышление, ОДИНАКОВЫЙ характер, ОДИНАКОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПОСТУПКИ (!), ОДИНАКОВЫЙ голос и манера разговора. ДАЖЕ у НЕ РОДСТВЕННИКОВ! Даже если ОДИНАКОВЫЕ «челавеки» РОДИЛИСЬ и ЖИВУТ в РАЗНЫХ странах и ДАЖЕ НА РАЗНЫХ КОНТИНЕНТАХ!


РУССКИЕ РАСЫ
races of Russian
РАЗДЕЛ I
ОСНОВНЫЕ АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ
НАСЕЛЕНИЯ СССР
PIC•COLLAGE
2
3
4
41
42
43
44
21
22
23
24
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
56
29
30
31
32
13
14
15
16
37
38
40
25
26
27
28
57
61
62
63
64
17
20

Ещё раз повторяю - у приматов С ОДИНАКОВЫМИ ХАРЯМИ почти всегда (в 9 случаях из 10) будет ОДИНАКОВЫЙ ХАРАКТЕР.

ОДИНАКОВЫХ приматов с ОДИНАКОВОЙ внешностью ОЧЕНЬ МНОГО!

Будь внимательней и замечай при общении с приматами, А ЛУЧШЕ ЗАПИСЫВАЙ в блокнот - У КОГО КАКОЙ ХАРАКТЕР.

Записи дополняй ФОТОГРАФИЕЙ того о ком идёт описание характера.

Ты ОЧЕНЬ БЫСТРО обнаружишь что у приматов С ОДИНАКОВОЙ ВНЕШНОСТЬ будут ОДИНАКОВЫЕ характеры!

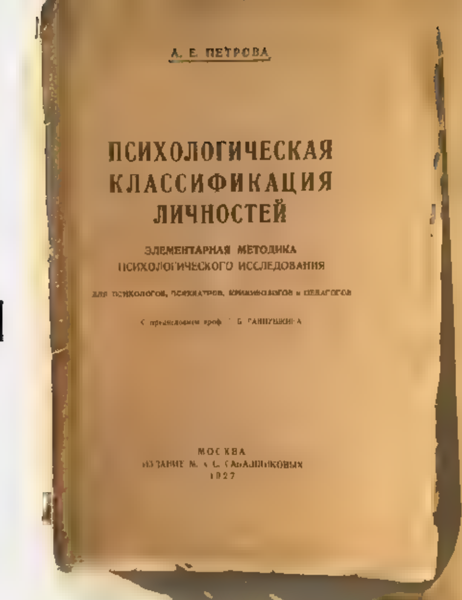
Даже у НЕ РОДСТВЕННИКОВ! Даже у АБСОЛЮТНО ЧУЖИХ ДРУГ ДРУГУ граждан!

Рекомендую для прочтения книгу -

Психологическая классификация личностей: элементарная методика психологического исследования.

Автор: А. Е. Петрова, 1927 г. - 292 стр.

Очень полезная книга.



А. Е. ПЕТРОВА

Психолог психиатрической клиники 1-го М. Г. Ун-та — Гос. [illegible] Москве

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТЕЙ

ЭЛЕМЕНТАРНАЯ МЕТОДИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Для ПСИХОЛОГОВ, ПСИХИАТРОВ, КРИМИНОЛОГОВ и ПЕДАГОГОВ

С предисловием проф. П. Б. ГАННУШКИНА

МОСКВА
ИЗДАНИЕ М. и С. САБАШНИКОВЫХ
1927

Napoli Museo Nazionale

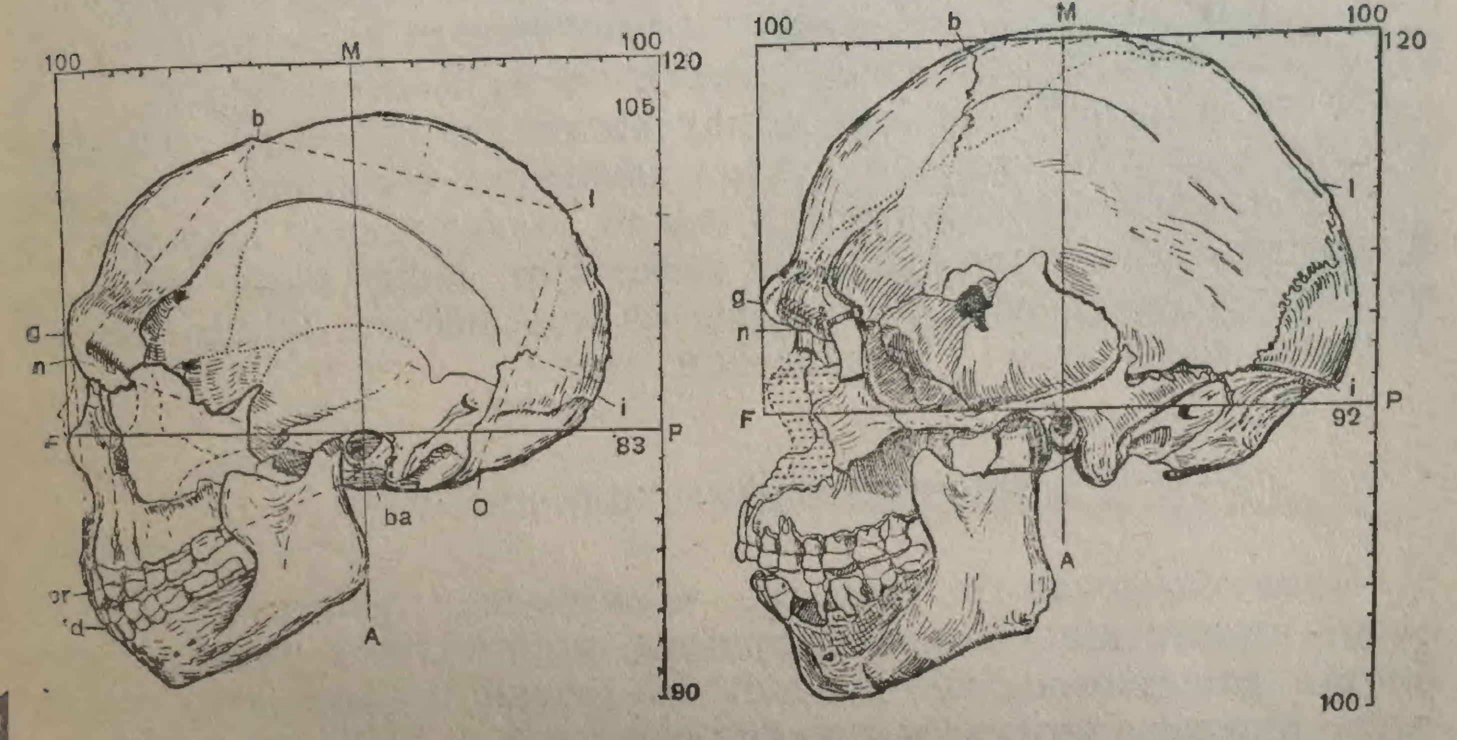


Рис. 36. Черепа неандертальцев из пещер Табун (слева) и Схул (справа).

FP — франкфуртская антропометрическая горизонталь; MA — линия, проходящая через верхнеушную точку; n — носовая точка — назион; g — передняя лобная точка — глабелла; b — точка на пересечении поперечного лобного (венечного) и продольного теменного (сагиттального) швов — брегма; l — точка на пересечении сагиттального и поперечного затылочного (ламбдовидного) швов — ламбда; i — точка на нижнезаднем крае затылочного поперечного валика — инион; цифры указывают миллиметры.



Рис. 103. Группа детей-наркоманов в учреждении для беспризорных.

нередкого злоупотребления ими, а быстро развивающееся привыкание ведет к тяжелой картине наркомании, более или менее одина-

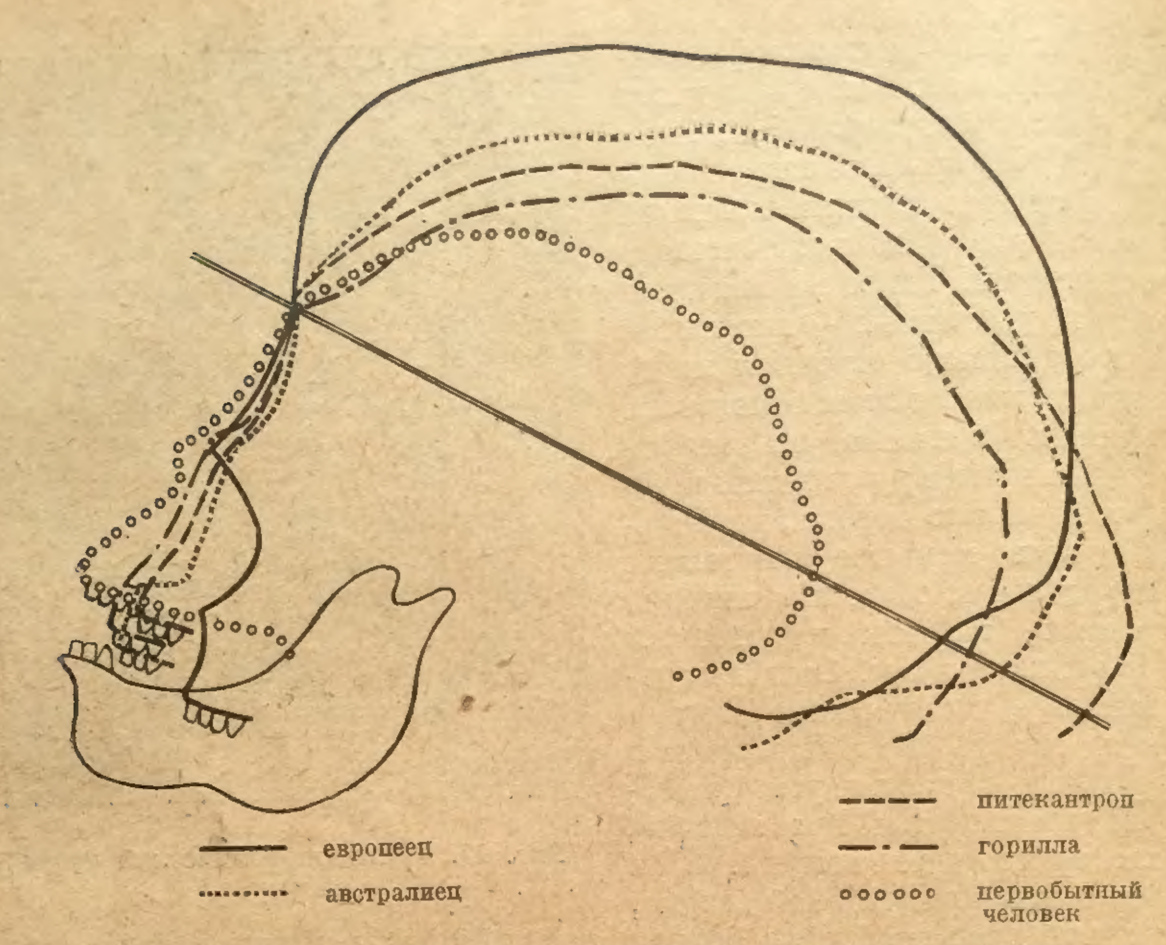
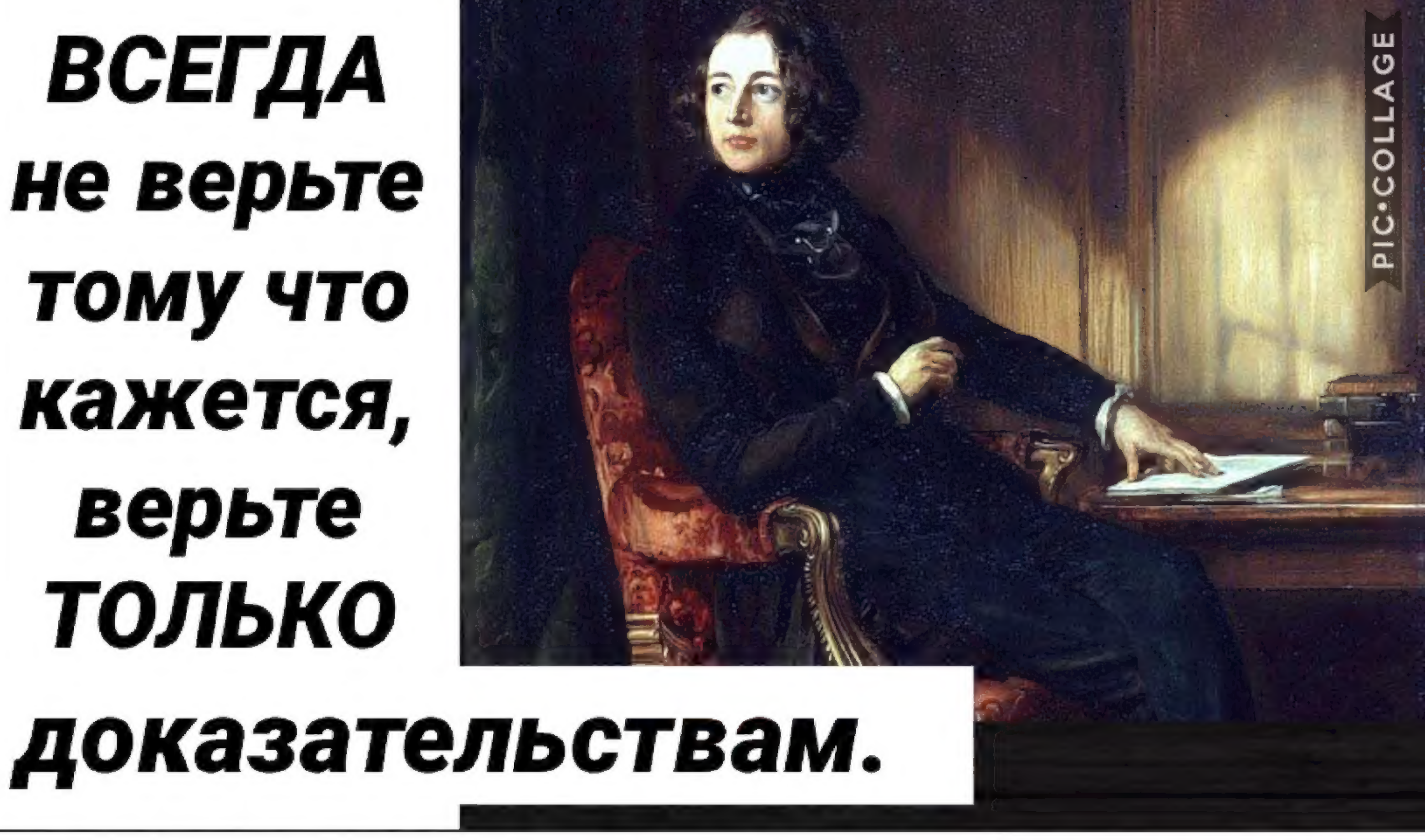


Рис. 18. Различные стенки прогнатизма у обезьяны и человека.



Рис. 19. Неправильное, частью несимметричное строение черепа и лица у олигофренов; оттопыренная ушная раковина у мальчика справа.



Чарльз Диккенс. «Большие надежды» 1861 г.